



JUEGO Y COMORBILIDAD

—
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN
PACIENTES CON COMORBILIDAD

FINANCIADO POR:



RESPONSABLE DEL PROYECTO

D. Juan José Lamas Alonso

Director Técnico de FEJAR

COORDINACIÓN

Dña. María Virtudes Micó Valero

Trabajadora social. Ayudante de coordinación de FEJAR

Dña. Lucía Aragón Margolles

Administrativa FEJAR

SUPERVISIÓN Y FINANCIACIÓN

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

EDITADO POR:

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados

Avda. Constitución, 27, Entlo. A

03400 - Villena, Alicante

900 200 225

www.fejar.org

fejar@fejar.org

Villena, Alicante. Junio 2017.

Diseño y maquetación: **Begráfika**

Incluido en el Programa **‘PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON COMORBILIDAD’**.

D.L.:

Reservados todos los derechos.

Prohibida la reproducción, almacenamiento, grabación o transmisión total o parcial de esta obra por cualquier medio sin

autorización escrita del editor.



RELACIÓN DE AUTORES

Juan José Lamas Alonso.

Director Técnico de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

Rosana Santolaria Gómez.

Psicóloga Sanitaria. Coordinadora del Departamento de Psicología de FEJAR y Responsable de Terapia Online de FEJAR.

Ana Estévez Gutiérrez.

Profesora Titular de la Universidad de Deusto. Directora del Máster en Psicología General Sanitaria.

Paula Jáuregui Bilbao.

Profesora de la Universidad de Deusto.

Susana Jiménez-Murcia.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Directora de la Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Neus Aymamí Sanromà.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga Adjunta. Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Mónica Gómez Peña.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga Adjunta. Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Amparo del Pino Gutiérrez.

Doctora en Psicología. Investigadora Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL .

Laura Moragas Rimblas.

Doctora en Psicología. Investigadora Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.



INDICE

» Presentación	8
» Introducción	10
» Juego patológico y comorbilidad	12
» Intervención en juego patológico:	
Tratamientos actuales	24
Intervenciones en FEJAR	36
» Estudio de un protocolo de intervención comórbida en juego patológico	43
» Retos en la intervención comórbida en juego patológico	76



PRESENTACIÓN



Hoy el juego está cada vez más presente, más accesible a todos nosotros y por tanto también a personas vulnerables o con un comportamiento de juego desadaptativo que lleva a un deterioro de la vida individual, familiar y social y al que es necesario dar respuesta desde las diferentes administraciones públicas.

Conscientes de la necesidad de abordar esta problemática, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el año 2012, incorporó entre sus funciones las competencias en cuanto al impulso de las políticas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños relacionados con todas las conductas adictivas, con la intención de tratar todos los procesos de adicción de manera homogénea y siempre desde la óptica de la salud integral.

En España, la conceptualización y aceptación de la ludopatía como una enfermedad, está plenamente reconocida. El tratamiento del juego patológico, como el del resto de las adicciones, se encuentra incluido en la Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Por ello consideramos imprescindible proporcionar instrumentos que faciliten y mejoren la eficacia de los tratamientos. Documentos como el que presentamos en estas líneas, son fundamentales no sólo para comprender la dimensión del problema sino, y especialmente, por detallar las intervenciones que se realizan en este ámbito siempre desde la perspectiva de la atención a las necesidades específicas de cada persona tratada, en la línea de lo que la evidencia científica ha demostrado como necesario y lo que se consensuó en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas lleva años ofreciendo apoyo a las asociaciones que trabajan en este ámbito, por el inestimable trabajo que vienen realizando en la atención a los afectados por esta patología y a sus familiares, y por ello, en la convocatoria de subvenciones del año 2016, consideramos necesario dar nuestro apoyo a FEJAR para la elaboración de este “Protocolo de Intervención en Pacientes con Comorbilidad” que difundirá el conocimiento y la experiencia de tantos profesionales y voluntarios y nos proporciona pautas para seguir actuando de manera eficaz.

Este documento, además, señala las líneas de trabajo a desarrollar en los próximos años y los retos a los que nos tenemos que enfrentar en esta materia, reflexión que resulta muy útil para la tarea que estamos acometiendo en este momento, la elaboración de la nueva Estrategia Nacional de Adicciones, que orientará las políticas de adicciones para el periodo 2017-2024; una estrategia que tendrá en las adicciones sin sustancia y, especialmente en el juego patológico, uno de sus ejes de actuación.

Muchas gracias a todos los que han participado en la elaboración de este documento y, en especial, a todos aquellos que lo lleven a la práctica contribuyendo con ello a paliar el sufrimiento de tantas personas y a crear una sociedad más saludable.

Francisco de Asís Babín Vich

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



INTRODUCCIÓN

FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados, nace en el año 1991 con la idea y el espíritu de aglutinar el movimiento asociativo, de tratamiento de juego patológico, iniciado algún año antes (1988) en Córdoba, y extendido a raíz de la primera Asociación en muchos puntos del Estado.

Es de destacar que la legalización del juego (en 1977) y su posterior regulación, sobre todo en la implantación de las máquinas tragaperras en 1981, en todos los establecimientos de hostelería, hace florecer problemas de juego patológico en unos índices desconocidos hasta ese momento.

Las asociaciones no pueden atender la demanda existente y se dedican, casi únicamente, a ofrecer tratamiento a todos los pacientes que van apareciendo por los diferentes dispositivos, sin poder estructurar en un marco teórico sus propios protocolos de tratamiento, copiando las distintas estrategias que conocen los técnicos que colaboraron en los centros y aplicándolas a la saturación asistencial que en esos momentos atendían.

Uno de los valores principales del movimiento asociativo no solo es la dedicación altruista por parte de los propios enfermos y los técnicos colaboradores, sino la importancia que desde sus inicios le dieron a sistematizar todas sus estrategias para poder instaurar un sistema validable, y un seguimiento unificado, que conformara un estudio profundo de las características de sus pacientes, al tiempo que consolidaban una estructura superior, que aunara esfuerzos e incidiera en las demandas que los afectados tenían, con respecto al espíritu legislativo y normativo así como la garantía de una atención integral.

Una vez consolidadas las estructuras asociativas, este movimiento se plantea la necesidad de ofrecer una plataforma más genérica que sea altavoz de las reivindicaciones de las familias y los afectados por esta enfermedad, es el comienzo de FEJAR, que ese constituye en el año 1991 en Leganés, y que comienza a ser la voz reivindicadora de todas las asociaciones que se van formalizando por el estado español.

Una de las primeras preocupaciones del movimiento asociativo fue establecer la dimensión del problema, y de ahí que desde el año 1993 empezáramos a reivindicar un estudio de prevalencia que nos ofreciera luz sobre la incidencia en población en general de esta patología.

Este estudio, infinitamente reivindicado por FEJAR, no se produce hasta el año 2016 por la apatía de la administración que, aunque reconoce formalmente la ludopatía, se esconde bajo la inmensa recaudación que ofrece esta actividad para las arcas del Estado.

En todos estos años, las asociaciones de FEJAR y profesionales independientes, así como investigadores, se preocupan y trabajan por la validación de sus tratamientos, así como por el estudio característico de las personas afectadas.

Dentro de la labor que FEJAR realiza con sus asociaciones, en la que, manteniendo la autonomía funcional, persigue el aglutinar esfuerzos y ofrecer a sus asociados herramientas, se establece una mecánica de formación y de investigación partiendo de la casuística y características de sus usuarios.

De este esfuerzo nace, en el año 2014, el protocolo de tratamiento de juego patológico publicado por FEJAR y de implantación en las Asociaciones que componen la Federación.

También es de destacar la colaboración con Universidades y Sociedades científicas donde establecemos un observatorio de Juego patológico y el mantenimiento de coordinación y cooperación con distintas Instituciones y Entidades del sector.

Durante los últimos años realizamos estudios de las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en la asociaciones de FEJAR, incidiendo en los datos de edad, estado civil y gasto de juego, entre otras, al tiempo que constatábamos una manifiesta variación de las características de personalidad que se presentaban en nuestros pacientes.

Por cuestiones estratégicas y de presión social, abordamos en estudios profundos, y en nuestra práctica reivindicativa, la influencia que la regulación y los mecanismos de marketing afectaban a los usuarios de juego y a las personas afectadas por esta patología.

Nunca tuvimos miedo a “mirarnos el ombligo” y explorar hasta la saciedad nuestras propias características pero, como decíamos antes, no era el momento de dar alas a la consideración de un trastorno de unas cuantas personas afectadas, y se debía priorizar la variable social que impulsaba a la población a la práctica de una actividad sin informar de sus riesgos.

En este trabajo presentamos variables clínicas y psicológicas de nuestros pacientes, que, tras un amplio trabajo de estudio, investigación y formación hemos desarrollado para definir claramente la comorbilidad existente en nuestros usuarios para poder afrontarlo en tratamiento y ofrecer una solución integral a todas las personas afectadas.

Quisimos realizarlo con la colaboración de excelentes profesionales que tienen demostrada su capacidad para los distintos análisis a realizar así como para la proyección futura en la intervención con las personas afectadas.

A todos estos colaboradores agradecerles su disponibilidad y sobre todo a las familias y a los usuarios de las asociaciones nuestro agradecimiento por su praxis rehabilitadora, por sus testimonios, por su solidaridad y por ser ejemplo que se HACE CAMINO AL ANDAR, y a todos los profesionales que realizan su labor en las Asociaciones por su perseverancia y su maestría.

Como no, agradecer al Plan Nacional de Drogas por el respaldo y la cofinanciación de este proyecto.

A continuación presentamos el trabajo de Intervención en pacientes con Comorbilidad, miembros de Asociaciones de FEJAR, separándolo por apartados; Empezando por la definición de comorbilidad y su incidencia en el juego patológico, para adentrarnos en la realidad de la intervención en esta adicción, con una especial referencia al protocolo de tratamiento impulsado por FEJAR, para después reseñar el estudio realizado que constata empíricamente las características particulares de una muestra de nuestros usuarios, y concluir con los retos de nuestra intervención a partir del conocimiento de este aspecto en las personas afectadas.

Desearíamos que este material sirva como referente para todos los profesionales de la Salud pública y sin ánimo de “sentar cátedra” lo podamos tener a mano en pro de una mejor y más especializada intervención en la superación de la adicción y de la búsqueda de la libertad de todos los afectados por adicciones.

Humildemente rogaríamos la difusión de este trabajo y reiteramos nuestro compromiso por avanzar en el estudio y las distintas alternativas de tratamiento para paliar los efectos de esta adicción.

FEJAR utiliza una frase en muchos ámbitos de actuación que hoy queremos repetir en esta introducción:

“YO SOLO NO PUEDO, PERO SÓLO YO PUEDO”.



JUEGO PATOLÓGICO Y COMORBILIDAD



Mónica Gómez Peña.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Psicóloga Adjunta. Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Neus Aymamí Sanromà.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Psicóloga Adjunta. Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Amparo del Pino Gutiérrez.

Doctora en Psicología. Investigadora Unidad Juego Patológico.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL .

Laura Moragas Rimblas.

Doctora en Psicología. Investigadora Unidad Juego Patológico.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Susana Jiménez-Murcia.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Directora de la Unidad Juego Patológico.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.



INTRODUCCIÓN

El estudio de la comorbilidad del juego patológico (JP) o trastorno de juego (TJ) (en este capítulo se utilizarán indistintamente estas dos nomenclaturas), con otros trastornos mentales es uno de los temas de mayor interés para la comunidad científica, por su relación con el avance del conocimiento sobre la etiología de este trastorno. En realidad, este fenómeno puede sugerir la existencia de un nexo en común entre el JP y otras patologías, como los trastornos por uso de sustancias, otras adicciones sin sustancia e, incluso, algunos trastornos psicológicos, que compartirían una serie de factores de vulnerabilidad comunes. Aunque la comorbilidad podría indicar, también, que el JP y los trastornos comórbidos no son condiciones independientes, sino fenotipos distintos de una misma enfermedad (Jiménez-Murcia et al., 2009). En este sentido, diversos estudios transversales defenderían que los trastornos comórbidos preceden al JP, actuando como factores de riesgo, aunque las investigaciones longitudinales, sugerirían lo contrario.

El JP presenta elevadas tasas de comorbilidad, lo que justificaría los hallazgos de diversos trabajos que demuestran que los jugadores patológicos podrían tener una mayor probabilidad de presentar enfermedades mentales, como trastornos afectivos, de ansiedad, tendencias autolíticas y/o trastornos por uso de sustancias, en comparación con los no jugadores.

Otra cuestión de interés, en relación a este tema, es su asociación con el género. La mayoría de los estudios demuestran que el JP afecta especialmente a los varones, siendo el principal trastorno comórbido el abuso de sustancias. Las mujeres jugadoras, sin embargo, presentan mayor psicopatología general y más comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

En definitiva, un mejor entendimiento de la prevalencia y comorbilidad del JP podría facilitar una detección precoz de estos problemas.

COMORBILIDAD CON OTRAS SUSTANCIAS

La evidencia científica muestra que el JP y los trastornos por uso de sustancias comparten unos paralelismos notables en cuanto a altos índices de comorbilidad, inicio y curso de la enfermedad, presentaciones clínicas similares, y evidencia de factores etiológicos comunes, genéticos y ambientales (Grant y Chamberlain, 2015). En relación a la comorbilidad con los trastornos del eje I, los estudios muestran que la comorbilidad con los trastornos por abuso o dependencia de sustancias es la más frecuente. Algunas investigaciones señalan tasas que oscilan entre el 21%-65% (Grant y Kim, 2003; Liu, Maciejewski, y Potenza, 2009), tanto en muestras clínicas, como en población general. Concretamente, en las personas que presentan adicción al juego, las tasas de trastorno por uso de alcohol oscilan entre un 9.9% y un 73.2%, mientras que las tasas de trastornos por uso de otras sustancias varían entre un 26% y un 76.3% (Lorains, Cowlshaw, y Thomas, 2011). Asimismo, en los casos en que coexiste el JP y el trastorno por uso de sustancias, se observa un incremento de la probabilidad de persistencia de la conducta de juego (Bussu y Detotto, 2015). En un estudio reciente se halló que los pacientes que solicitan tratamiento ambulatorio por TJ, presentan elevadas tasas de uso de alcohol (21.2%), y de trastornos por uso de sustancias (7%). Más específicamente, abuso de alcohol (18.2%), dependencia de alcohol (15.2%), abuso de sustancias (6.6%) y dependencia de sustancias (4.2%), así como trastorno por uso de cannabis (11.5%) (Dowling et al., 2015).

Siguiendo en esta línea, publicaciones recientes se han centrado en analizar la comorbilidad del TJ, con el hábito tabáquico (Ronzitti, Lutri, Meleck, Smith, y Bowden-Jones, 2015), y el consumo de alcohol (Lister, Milosevic, y Ledgerwood, 2015), describiendo elevadas prevalencias para estas dos condiciones con los problemas de juego. Otros estudios también obtienen que la comorbilidad más frecuente del TJ es con la dependencia a la nicotina (35-75%) (Dowling et al., 2015) y el trastorno por uso de alcohol (21-65%) (El-Guebaly et al., 2006). Además, estudios retrospectivos indican que el alcohol y los trastornos por consumo de sustancias suelen comenzar a una edad más temprana que los problemas de juego (Kessler et al., 2008).

La prevalencia del TJ, en Europa, se sitúa en un 1% para juego problemático y en un 0.6% para juego patológico (Planzer, Gray, y Shaffer, 2014), mientras que estudios realizados en EEUU, obtienen un 3%, para problemático y un 1.6%, para JP (Stucki y Rihs-Middel, 2007). Sin embargo, en pacientes tratados por trastorno por uso de alcohol, la prevalencia es mucho mayor y oscila entre un 9% y un 33% (Stinchfield, Kushner, y Winters, 2005). También Petry, Stinson, y Grant (2005) afirmaban que el TJ presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente con abuso de alcohol. Estos autores, en una encuesta realizada entre 2001 y 2002, hallaron que el 73.2% de los jugadores patológicos padecían un trastorno por uso de alcohol asociado, un 38.1% trastorno por uso de sustancias, y un 60.8% dependencia a la nicotina. De forma similar, Lorains, Cowlshaw y Thomas (2011), en una revisión sistemática de la literatura científica sobre este tema, concluyeron que las evidencias empíricas disponibles indicaban que el trastorno de juego presenta altas tasas de comorbilidad, siendo la prevalencia más alta con dependencia a la nicotina (60.1%), seguida por trastornos por uso de sustancias (57.5%), así como por trastornos del estado de ánimo (37.9%) y trastornos de ansiedad (37.4%). Sin embargo, un meta-análisis realizado recientemente por Dowling et al. (2015) sobre la comorbilidad del TJ con el consumo de alcohol, destaca que son pocos los estudios que recogen sistemáticamente el consumo de alcohol en pacientes con diagnóstico de TJ, basados en instrumentos de evaluación administrados por clínicos entrenados y con experiencia demostrada, lo que puede afectar a los resultados y justificar la disparidad en los datos. A pesar de ello, investigaciones realizadas a partir de entrevistas clínicas, demuestran que más del 80% de los individuos en tratamiento por TJ tienen problemas con el consumo de alcohol. En este sentido, estudios orientados al análisis de la ingesta enólica durante los episodios de juego concluyen que, hasta un 80% de jugadores regulares, consumen de 4 a 10 bebidas alcohólicas mientras juegan (Baron y Dickerson, 1999) y que, durante el consumo, se producen apuestas más arriesgadas y mayores consecuencias negativas (Phillips y Ogeil, 2007).

En un estudio realizado por Jiménez-Murcia et al. (2009), con el objetivo de identificar la comorbilidad del JP, se analizó una muestra de 498 sujetos diagnosticados de JP siguiendo criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) y que habían acudido de forma consecutiva a la Unidad de Juego Patológico, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona. Todos ellos habían solicitado tratamiento específico para su problema de juego entre enero de 2003 y agosto de 2006. La media de edad fue 41,5 años en la muestra total (49,6 años en las mujeres y 40,5 en los varones), y la media del tiempo de evolución del JP fue 6,3 años (7,2 años en las mujeres y 6,2 en los varones). Los resultados hallados destacaban que un 6,7% de las mujeres frente a un 11,2% de los varones presentaban problemas de abuso/dependencia de sustancias. Por otro lado, se observó

que existía una relación positiva en la edad del paciente y la probabilidad de abuso de alcohol, es decir, a mayor edad, mayor proporción de sujetos con abuso de alcohol, así como una relación negativa entre la edad y la probabilidad de consumir tabaco (a menor edad, mayor probabilidad de fumar). En comparación con pacientes de menor edad (≤ 30 años), los más mayores (edad > 50 años) también presentaban menor probabilidad de abuso de otras sustancias (OR = 0,059). Respecto al tiempo de evolución, tras ajustar por la variable edad, los sujetos con evolución breve (0-2 años) tenían menor hábito tabáquico que los pacientes que habían sufrido el trastorno 2-5 años (OR = 1,93), 5-10 años (OR = 2,46) o hacía más de 10 años (OR = 2,03). Los resultados de este estudio indicaron, asimismo, que el sexo y el tipo de juego no se asociaban significativamente al uso de sustancias (en estos casos, las OR obtenidas no tienen significación estadística).

En relación con la comorbilidad concurrente, en el momento de la consulta, el 30,5% de las mujeres y el 9,6% de los varones presentaban trastorno afectivo y el 13,5% de las mujeres y el 9,4% de los varones cumplían criterios de algún trastorno de ansiedad.

Por otro lado, los resultados de esta investigación indicaron que el abuso de alcohol era un predictor estadístico de la gravedad del JP. Es decir, los consumidores de alcohol obtenían una media estadísticamente superior en el SOGS ($p = 0,015$). Siguiendo esta línea, y en concordancia con estos hallazgos, estudios recientes han sugerido que el alcohol agudiza las distorsiones cognitivas y aumenta la magnitud de las apuestas (Abdollahnejad, Delfabbro, y Denson, 2014; Ellery y Stewart, 2014; Grant y Chamberlain, 2015), por lo que se asociaría a una mayor gravedad del problema de juego.

Según el estudio de Jiménez-Murcia et al. (2009), además, abusar de otras drogas incrementaba las alteraciones emocionales y la psicopatología general, excepto en síntomas como somatización (malestares y problemas físicos) y obsesividad-compulsividad (rumiación, preocupación excesiva y rigidez).

Otras dificultades asociadas a la comorbilidad de JP, con el abuso o dependencia de alcohol, serían el bajo nivel de estudios, desempleo (Fernández-Calderón, Fernández, Ruiz-Curado, Verdejo-García, y Lozano, 2015; Jiménez-Murcia et al., 2015; Schwartz, Wetzler, Swanson, y Sung, 2010) e inmigración (Penelo et al., 2012).

Por otra parte, los resultados de otro estudio del mismo grupo mostraron que, en una muestra de 951 pacientes diagnosticados y tratados por TJ, un 15,7% presentaba abuso de alcohol y un 2,9%, riesgo elevado de dependencia al alcohol. Además, el tipo de juego se asoció al nivel de consumo enólico, mostrando una tendencia lineal positiva significativa. Es decir, los pacientes que informaron jugar a máquinas presentaban un mayor nivel de consumo de alcohol, en comparación con los sujetos que jugaban a otros tipos de juego (del Pino-Gutiérrez et al., 2016). Asimismo, se halló que el consumo de alcohol se asociaba de forma lineal y positiva con la existencia de otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos por abuso de sustancias.

Acerca de la prevalencia del TJ en muestras clínicas de pacientes con trastorno por uso de sustancias, señalar un meta-análisis que muestra una tasa de comorbilidad del TJ del 14%, así como que el 23% de todos los casos presentarían algún tipo de problema relacionado con la conducta de juego (Cowlshaw, Merkouris, Chapman, y Radermacher, 2014).

Respecto a los factores predictores de abuso y/o dependencia de alcohol y drogas en el JP, los hallazgos muestran una implicación de las variables de personalidad en esta relación (Jiménez-Murcia et al., 2009). En este sentido, una escasa dependencia a la recompensa (baja empatía y preocupación por los problemas de los demás, independencia, inconformismo, etc.) y una elevada impulsividad predicen el abuso y/o dependencia de sustancias. Sin embargo, puntuaciones elevadas en auto-trascendencia o espiritualidad son predictoras, tanto de abuso y/o dependencia de alcohol como de drogas. En poblaciones generales psiquiátricas, algunos rasgos de personalidad, como la búsqueda de sensaciones y la impulsividad, así como determinados trastornos de personalidad (antisocial y límite), se han asociado de forma consistente a la vulnerabilidad a sufrir trastornos por abuso y/o dependencia de sustancias. Sin embargo, aunque se ha propuesto el concepto de “personalidad adictiva”, éste carece por el momento de evidencias empíricas sólidas. Por otra parte, existen datos que avalan que los jugadores patológicos con abuso de sustancias presentarían mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad, gusto por el riesgo y despreocupación, así como baja empatía, cooperación y escasa capacidad de planificación.

Cabe destacar que, atendiendo los resultados de diversos estudios, la gran mayoría de los pacientes con dependencia al juego, que se encuentran en tratamiento por abuso de sustancias, no reciben ninguna intervención específica para su adicción al juego y sólo un 15,9% buscan ayuda por este problema (Leavens, Marotta, y Weinstock, 2014).



Estudios previos sobre efecto del consumo de alcohol y otras sustancias sobre la respuesta al tratamiento hallaron que, aunque esta asociación afectaba a la severidad de la conducta de juego, no existía relación entre el consumo de tóxicos y el éxito o fracaso terapéutico (Stinchfield et al., 2005). En cambio, Hodgins y El-Guebaly observaron que las recaídas, en el TJ, fueron 2,68 veces más probables en los consumidores de alcohol después de 6 meses de abstinencia (Hodgins y El-Guebaly, 2010) y enfatizaron la importancia de tratar ambas adicciones simultáneamente.

Finalmente, un aspecto a destacar, y que debe servir para concienciar a la sociedad de la necesidad de llevar a cabo estrategias preventivas y de educación para la salud y de limitación y control de determinados riesgos, especialmente a poblaciones vulnerables, es que tanto el TJ como los trastornos por uso de sustancias comórbidos, están aumentando de forma significativa en los últimos años (Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda, Granero, y Menchón, 2014; Lucke y Wallace, 2006; Sauvaget et al., 2015; Wieland, 2005).

COMORBILIDAD CON OTRAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

La literatura centrada en el estudio de la comorbilidad del JP con otras adicciones comportamentales es escasa, si bien, las investigaciones más recientes muestran un interés creciente en el análisis de estos aspectos. Algunos estudios sugieren que mecanismos de acción similares, así como implicación de determinadas regiones cerebrales podrían intervenir en el inicio y el mantenimiento de diversas adicciones conductuales (Potenza, 2014; Vanderah y Sandweiss, 2015).

Un trastorno comórbido, asociado al juego, que ha recibido bastante interés en los últimos años es la compra compulsiva (Granero et al., 2016). Se trata de una condición prevalente en el ámbito clínico, aunque su categorización en los sistemas de clasificación internacionales es todavía controvertido. De hecho, por el momento, la compra compulsiva está siendo clasificada como un trastorno del control de los impulsos no especificado. Se caracteriza por una conducta de compra excesiva, impulsiva e incontrolable, que persiste a pesar de los problemas psicológicos, sociales, profesionales y financieros que comporta (Müller, Mitchell, y de Zwaan, 2015). Los compradores compulsivos realizan compras para mejorar su estado de ánimo, hacer frente al estrés, obtener aprobación y reconocimiento social, así como para mejorar su autoimagen (Lejoyeux y Weinstein, 2010; McQueen, Moulding, y Kyrios, 2014; Roberts, Yaya, y Manolis, 2014). Se han hallado evidencias de la existencia de algunos factores de riesgo compartidos entre la compra compulsiva y el JP, como los neurobiológicos. Aunque, por el momento, los estudios centrados en estos aspectos son escasos, siendo las muestras utilizadas limitadas (Grant y Kim, 2003; Spinella, Lester, y Yang, 2015). Por otra parte, la prevalencia de ambos trastornos es elevada y parecen superponerse en términos de la fenomenología (Argo y Black, 2004; Black, 2007). Asimismo, se ha sugerido que la compra compulsiva probablemente formaría parte del spectrum de trastornos relacionados con la impulsividad y, por ello, estaría cercana a condiciones como el trastorno de juego (Black et al., 2015).

Un estudio recientemente publicado tuvo como objetivo estimar la comorbilidad de la compra compulsiva con el JP, en muestras clínicas. Los datos se obtuvieron a partir de una muestra de 3221 pacientes, que solicitaron tratamiento y que cumplieron con los criterios de compra compulsiva y/o juego patológico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge. Se compararon tres grupos: sólo con diagnóstico de compra compulsiva (n=127), sólo juego patológico (n= 3118) y juego patológico con compra compulsiva (n=24). Se observó una prevalencia de 0.75% de co-ocurrencia de juego patológico y compra compulsiva. Mientras que en el grupo de jugadores patológicos, la prevalencia de compra compulsiva comórbida hallada fue baja (un 0.77%), en el grupo de pacientes con compra compulsiva, la prevalencia de juego patológico comórbido fue relativamente elevada (un 18.9%). Además, la co-ocurrencia de juego patológico con compra compulsiva se asoció a al género (mujeres) y a un mayor nivel de psicopatología, así como a un mayor riesgo de presentar otras adicciones conductuales (Granero et al., 2016).

Otro campo de interés relacionado con la comorbilidad del TJ y otras adicciones comportamentales, ha sido el estudio de la prevalencia de los problemas derivados del consumo de videojuegos en el JP. Un trabajo publicado en 2014, observó que la prevalencia del uso o adicción a los videojuegos, en una muestra de pacientes con diagnóstico de TJ, era del 37.3%. Esta comorbilidad se asociaba a una serie de variables como menor edad, mayor psicopatología general y rasgos de personalidad específicos (mayor persistencia y menor auto-dirección), aunque no se obtuvo ninguna relación con la severidad del JP (Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda, Granero, Chóliz, et al., 2014).

COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

Diversos estudios han demostrado que el TJ se asocia a otros trastornos psiquiátricos. Aparte de la elevada comorbilidad hallada entre TJ y trastornos por uso de sustancias (ya descrita en apartados anteriores), otros trastornos frecuentemente asociados son los trastornos del control de los impulsos (35% - 43%) (Fernandez-Aranda et al., 2006), trastornos del estado del ánimo (33% - 76%) (Kessler et al., 2008), los trastornos de ansiedad (9% - 40%) (El-Guebalay et al., 2006; Jauregui, Urbiola, y Estevez, 2015; Jiménez-Murcia et al., 2009; Lorains et al., 2011) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH (11% - 32%) (Aymamí et al., 2015; Brandt y Fischer, 2017). En relación a este último, los resultados de la elevada prevalencia no son de extrañar, teniendo en cuenta que uno de los factores etiológicos más relevantes de ambas condiciones es un patrón de elevada impulsividad (Abouzari, Oberg, Gruber, y Tata, 2015; Aymamí et al., 2015; Grant, Derbyshire, Leppink, y Chamberlain, 2015).

Grall-Bronnec et al. (2011) concluyeron que el JP presentaba una elevada tasa de comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, como el trastorno depresivo mayor, distimia, manía e hipomanía, oscilando entre el 33% y 76 %, trastornos de ansiedad (9%-40%), trastornos del control de los impulsos (35%-43%) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (25%).

En un estudio meta-analítico reciente se halló que un 23.1% de los pacientes que solicitaban tratamiento por TJ presentaban algún trastorno del estado de ánimo, específicamente trastorno depresivo mayor (29.9%), trastornos bipolares (8.8%) y trastorno distímico (6.7%). Además, un 17.6% presentaba algún trastorno de ansiedad, como fobia social 14.9%, trastorno de ansiedad generalizada (14.4%), trastorno de pánico (13.7%), trastorno por estrés post-traumático (12.3%) y trastorno obsesivo-compulsivo (8.2%). Finalmente, un 9.3% cumplía criterios para TDAH, un 4.7% para esquizofrenia y un 47.9% para trastornos de personalidad. En relación a estos últimos, trastorno narcisista de la personalidad (16.6%), trastorno antisocial de la personalidad (14%), trastorno de la personalidad por evitación (13.4%), trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (13.4%) y trastorno límite de la personalidad (13.1%) (Dowling et al., 2015).

Asimismo, los estudios realizados tanto en poblaciones especiales, como en personas de la tercera edad con problemas de juego, también reflejan elevadas tasas de comorbilidad psiquiátrica que incluyen trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de alcohol (Kerber, Black, y Buckwalter, 2008). Siguiendo esta línea, y como hemos mencionado anteriormente, en un estudio de revisión sistemática de la literatura, Lorains, Cowlshaw y Thomas (2011) hallaron evidencias que indicaban que el TJ presentaba elevadas tasas de comorbilidad con otros trastornos, siendo las prevalencias más destacadas con dependencia a nicotina y los trastornos por uso de sustancias, así como con trastornos del estado de ánimo (37.9%) y trastornos de ansiedad (37.4%).

Aunque menos analizado hasta el momento, otro grupo de trastornos comórbidos con el TJ son las psicosis. En un estudio realizado en Australia con 442 participantes con trastornos de la esfera psicótica, con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, observaron que 151 sujetos habían jugado el último año. De éstos, un 4,1% se clasificó como de riesgo leve, un 6,4% de riesgo moderado, y un 5,8% como jugadores problemáticos. Los autores concluyeron que las personas con un trastorno psicótico tenían cuatro veces más posibilidades de tener un problema de juego que la población general (Haydock, Cowlshaw, Harvey, y Castle, 2015).

Petry, Stinson y Grant (2005) hallaron que el TJ, además de presentar una elevada comorbilidad con el uso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos ansiosos, también presentaba unas altas tasas de comorbilidad con los trastornos de la personalidad. Aunque no existe un acuerdo unánime en los estudios sobre el tema, destaca que alrededor del 50% de los jugadores problemáticos presentan algún trastorno de personalidad concomitante, siendo más frecuentes los Trastornos del cluster B (18%), seguido de los Trastornos del cluster C (13%), y en menor proporción los Trastornos del cluster A (6%) (Dowling et al., 2014). Siguiendo esta línea, Bagby, Vachon, Bulmash y Quilty, (2008), en un trabajo de revisión de las tasas de prevalencia de trastornos de personalidad en jugadores patológicos, en comparación con sujetos sin este trastorno, hallaron que los primeros presentaban, de forma significativa, mayores tasas de trastornos de la personalidad asociados, en comparación con los no jugadores. Además, encontraron que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad, basándose en el SCID-II, fue del 10% en el grupo clínico. En un estudio mencionado anteriormente, Jiménez-Murcia et al. (2009), hallaron que el 2,2% de la muestra explorada cumplía los criterios DSM-IV para los trastornos de personalidad del cluster A, el 6,5% para el cluster B, el 3,7% para el cluster C y el 1,4% para trastornos mixtos de personalidad.

Otros estudios apuntan que los diagnósticos de personalidad más frecuentes, en el JP, son el trastorno antisocial de la personalidad (40%) (Pietrzak y Petry, 2005), el narcisista (18,5%) y el trastorno límite de la personalidad (11,7%) (Kruegelbach et al., 2006). Estos resultados estarían en concordancia con otros trabajos sobre el mismo tema (Black y Moyer, 1998; Kruegelbach et al., 2006; Pietrzak y Petry, 2005; Steel y Blaszczynski, 1998). No obstante, los rasgos de personalidad conflictivos, sin la suficiente gravedad clínica como para merecer un diagnóstico son mucho más frecuentes (Kim y Grant, 2001).

COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

Por otro lado, la asociación del TJ con otros trastornos no solo se circunscribe a las enfermedades mentales, sino que también es frecuente su relación con problemas somáticos. Diversos trabajos demuestran que el TJ se asocia con un peor estado de salud general, como molestias físicas subjetivas, obesidad y enfermedades médicas crónicas (Desai, Desai, y Potenza, 2007). Además, también se relaciona a situaciones como el divorcio, pérdida de empleo, deudas, bancarrota y encarcelación, que pueden derivar en problemas de estrés e incluso en cuadros adaptativos (Shaffer y Korn, 2002; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell, y Parker, 2002). Otros problemas asociados serían los intentos de suicidio, problemas legales o conducta criminal (Hollander, Buchalter, y DeCaria, 2000). En este sentido, un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario de Bellvitge, en el que se evaluó la conducta delictiva en una muestra de 2.155 jugadores, se halló que un 23% de la muestra había cometido algún acto ilegal asociado a la conducta de juego, y, en comparación con los jugadores que no cometían actos ilegales secundarios al juego, solían ser personas en situación de desempleo, solteras o viudas (Granero et al., 2014).

En otro estudio, realizado por Newman y Thompson (2007), se estimó que la odds ratio (OR) para TJ e intentos de suicidio era 3.43. Es decir, que los jugadores patológicos presentaban un riesgo 3.4 mayor de realizar intentos de suicidio, que la población general. Al comparar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de jugadores patológicos con suicidio consumado con otra de controles, formada por suicidas sin juego patológico, Wong, Chan, Conwell, Conner y Yip (2010) evidenciaron que los primeros eran mayoritariamente varones, casados, con un bajo nivel de escolarización y que habían contraído una deuda inmanejable, en el momento de la muerte. Además, un 82.4% de los casos del suicidio y JP presentaba otro trastorno psiquiátrico comórbido, más concretamente, un 58.9% depresión mayor y un 17.6% trastorno por uso de sustancias, así mismo también observaron que ninguno había recibido tratamiento psiquiátrico. Considerando los hallazgos obtenidos, estos autores concluyeron que el TJ es un factor de riesgo para el suicidio consumado.

En esta misma línea, Hodgins, Mansley y Thygesen (2006) estudiaron los factores de riesgo para la ideación suicida y los intentos autolíticos en jugadores patológicos, identificando que los jugadores patológicos, que experimentaban ideación suicida, tendían a presentar antecedentes de cuadros depresivos, concluyendo así que el suicidio en jugadores patológicos se asociaba a antecedentes de trastornos mentales previos.

En ese mismo año, Séguin et al. (2006) hallaron que existía el doble de probabilidades de que los suicidios en jugadores patológicos, se asociaran a un trastorno de la personalidad, en comparación con los suicidios en personas sin diagnóstico de TJ. Concretamente, los resultados de este estudio indicaron que los trastornos de personalidad más prevalentes eran los de cluster B (impulsivos). Además, se objetivó que habían realizado un menor uso de los servicios de salud mental.

Algunas investigaciones han explorado las asociaciones existentes entre el TJ con los trastornos de la conducta alimentaria, observándose que, si se considera el género, las tasas de TJ en población clínica con trastornos de la conducta alimentaria es elevada, situándose en torno al 16% (Jiménez-Murcia et al., 2013). Por otro lado, en un estudio multi-céntrico, realizado con una muestra de 709 pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, se analizó la prevalencia de trastornos del control de los impulsos comórbidos al trastorno alimentario. Observaron que el trastorno del control de los impulsos más frecuente era la compra compulsiva (11.8%), mientras que el JP, junto a la piromanía, eran los que más raramente aparecían (0.6% y 0.3%, respectivamente) (Fernández-Aranda, Jiménez-Murcia, Álvarez-Moya, Granero, Vallejo y Bulik, 2006). Asimismo, se ha planteado la hipótesis de vulnerabilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y el TJ, especialmente con la bulimia nerviosa (Jiménez-Murcia et al., 2015). Siguiendo esta línea, se ha hallado una asociación positiva entre individuos diagnosticados de TJ con un índice de masa corporal elevado y el trastorno por atracón (Jiménez-Murcia et al., 2013).

En relación a las enfermedades neurodegenerativas y su relación con el TJ, varios estudios sobre Enfermedad de Parkinson (EP) exponen que, como resultado de esta disfunción neuropsicológica subyacente y del efecto de la complicación de la terapia de los agonistas dopaminérgicos (Pirritano et al., 2014), puede aparecer una pérdida de control sobre determinadas conductas relacionadas con la búsqueda de la recompensa, lo que favorecería la aparición de conductas impulsivas y compulsivas, como el JP (Pettoruso et al., 2014). De hecho, más de un 9% de los pacientes con EP presentarían problemas de juego. Sin embargo, además de la medicación con agonistas dopaminérgicos, los estudios observan otros factores de riesgo asociados al desarrollo TJ en estos pacientes, como serían una edad de inicio temprano de la EP, antecedentes personales o familiares de abuso de alcohol, así como rasgos de personalidad específicos como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones (Jiménez-Murcia et al., 2012).

Para concluir, podría decirse que la comorbilidad se convierte en muchos casos en multi-morbilidad, definida como la concurrencia de dos o más patologías crónicas en un paciente (van den Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos, y Knottnerus, 1998). Este fenómeno resulta bastante frecuente en la investigación sobre salud mental, puesto que en muestras clínicas cumplir criterios para un trastorno suele ser, en muchos casos, un factor predictor de presentar otro (Nock, Hwang, Sampson, y Kessler, 2010). En este sentido, en uno de los estudios sobre comorbilidad de mayor envergadura (Kessler et al., 2008), se realizó un análisis retrospectivo de entrevistas realizadas a más de 9.000 sujetos, concluyéndose que la existencia de otros trastornos psiquiátricos actuaba como factor predictor y de mantenimiento del TJ. De hecho, el estudio demostraba que el 96.3% de las personas afectadas por TJ presentaban algún trastorno comórbido a lo largo de la vida, siendo frecuente la presencia de hasta tres distintos, lo que se conoce como multi-morbilidad (Kessler et al., 2008).

Finalmente, cabe señalar que, en relación al tratamiento, la existencia de trastornos comórbidos al TJ, especialmente en el caso del uso de sustancias, se asocia a mayor severidad de la conducta de juego, complicando la evolución y el pronóstico de los programas de intervención (Jiménez-Murcia, Granero, Fernández-Aranda, et al., 2015).

> BIBLIOGRAFÍA

- Abdollahnejad, R., Delfabbro, P., y Denson, L. (2014). Personality disorders and erroneous beliefs in pathological gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(3), 376–390.
- Abouzari, M., Oberg, S., Gruber, A., y Tata, M. (2015). Interactions among attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and problem gambling in a probabilistic reward-learning task. *Behavioural Brain Research*, 291, 237–243.
- APA. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn Re)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Argo, T. R., y Black, D. W. (2004). *Clinical Characteristics*. American Psychiatric Publishing, Inc. Retrieved from
- Aymamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J. A., Fernández-Aranda, F., Claes, L., ... Menchón, J. M. (2015). Clinical, Psychopathological, and Personality Characteristics Associated with ADHD among Individuals Seeking Treatment for Gambling Disorder. *BioMed Research International*, 2015, 965303.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E., y Quilty, L. C. (2008). Personality Disorders and Pathological Gambling: A Review and Re-Examination of Prevalence Rates. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 191–207.
- Baron, E., y Dickerson, M. (1999). Alcohol Consumption and Self-Control of Gambling Behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 3–15.
- Black, D. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6(1), 14–18.
- Black, D. W., Coryell, W., Crowe, R., Shaw, M., McCormick, B., y Allen, J. (2015). The relationship of DSM-IV pathological gambling to compulsive buying and other possible spectrum disorders: results from the Iowa PG family study. *Psychiatry Research*, 226(1), 273–6.
- Black, D. W., y Moyer, T. (1998). Clinical Features and Psychiatric Comorbidity of Subjects With Pathological Gambling Behavior. *Psychiatric Services*, 49(11), 1434–1439.
- Brandt, L., y Fischer, G. (2017). Adult ADHD Is Associated With Gambling Severity and Psychiatric Comorbidity Among Treatment-Seeking Problem Gamblers. *Journal of Attention Disorders*, 108705471769023.
- Bussu, A., y Detotto, C. (2015). The bidirectional relationship between gambling and addictive substances. *International Gambling Studies*, 15(2), 285–308.
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., y Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 98–105.
- del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Tárrega, S., Valdepérez, A., Agüera, Z., ... Jiménez-Murcia, S. (2016). Impact of alcohol consumption on clinical aspects of gambling disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2)121-128.
- Desai, R. A., Desai, M. M., y Potenza, M. N. (2007). Gambling, health and age: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 431–440.
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., y Christensen, D. R. (2014). The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 1–20.
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., y Christensen, D. R. (2015). The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 735–54.
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., y Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use y mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 275–287.
- Ellery, M., y Stewart, S. H. (2014). Alcohol affects video lottery terminal (VLT) gambling behaviors and cognitions differently. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 206–216.
- Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E. M., Granero, R., Vallejo, J., y Bulik, C. M. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Compr Psychiatry*, 47(6), 482–488.
- Fernández-Calderón, D., Fernández, F., Ruiz-Curado, S., Verdejo-García, A., y Lozano, Ó. M. (2015). Profiles of substance use disorders in patients of Therapeutic Communities: Link to social, medical and psychiatric characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 31–39.
- Grall-Bronnec, M., Wainstein, L., Augy, J., Bouju, G., Feuillet, F., Vénisse, J.-L., y Sébille-Rivain, V. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: a hidden disorder. *European Addiction Research*, 17(5), 231–240.
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Fagundo, A. B., Sauchelli, S., ... Jiménez-Murcia, S. (2014). Subtypes of Pathological Gambling with Concurrent Illegal Behaviors. *Journal of Gambling Studies*, 1–18.
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016). Compulsive Buying Behavior: Clinical Comparison with Other Behavioral Addictions. *Frontiers in Psychology*, 7, 914.
- Grant, J., y Chamberlain, S. (2015). Gambling disorder and its relationship with substance use disorders: Implications for nosological revisions and treatment. *The American Journal on Addictions*, 24(6), 126–131.
- Grant, J. E., Derbyshire, K., Leppink, E., y Chamberlain, S. R. (2015). Obesity and gambling: neurocognitive and clinical associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(5), 379–86.
- Grant, J. E., y Kim, S. W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand*, 108(3), 203–207.
- Haydock, M., Cowlshaw, S., Harvey, C., y Castle, D. (2015). Prevalence and correlates of problem gambling in people with psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 122–129.

- Hodgins, D. C., y El-Guebaly, N. (2010). The influence of substance dependence and mood disorders on outcome from pathological gambling: five-year follow-up. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 117–127.
- Hodgins, D. C., Mansley, C., y Thygesen, K. (2006). Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 15(4), 303–310.
- Hollander, E., Buchalter, A. J., y DeCaria, C. M. (2000). Pathological gambling. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 629–642.
- Jauregui, P., Urbiola, I., y Estevez, A. (2015). Metacognition in Pathological Gambling and Its Relationship with Anxious and Depressive Symptomatology. *Journal of Gambling Studies*.
- Jimenez-Murcia, S., Aymami, N., Gómez-Peña, M., Santamaría, J. J., Alvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F., ... Menchón, J. M. (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 51(1), 54–71.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Chóliz, M., La Verde, M., Aguglia, E., ... Menchón, J. M. (2014). Video game addiction in gambling disorder: Clinical, psychopathological, and personality correlates. *BioMed Research International*, 2014.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., y Menchón, J. M. (2014). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*, 109(10), 1595–1601.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., ... Menchón, J. M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *European Addiction Research*, 21(4), 169–178.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Moragas, L., Steiger, H., Israel, M., Aymami, N., ... Fernández-Aranda, F. (2015). Differences and similarities between bulimia nervosa, compulsive buying and gambling disorder. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 23(2), 111–118.
- Jiménez-Murcia, S., Granero Pérez, R., Fernández-Aranda, F., Alvarez Moya, E., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., ... Menchón, J. M. (2009). Comorbidity in pathological gambling: clinical variables, personality and treatment response. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 2(4), 178–189.
- Jiménez-Murcia, S., Steiger, H., Israel, M., Granero, R., Prat, R., Santamaría, J. J., ... Fernández-Aranda, F. (2013). Pathological gambling in eating disorders: Prevalence and clinical implications. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1053–1060.
- Kerber, C. S., Black, D. W., y Buckwalter, K. (2008). Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(9), 1018–1028.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., y Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351–1360.
- Kim, S. W., y Grant, J. E. (2001). Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 104(3), 205–212.
- Kruedelbach, N., Walker, H. I., Chapman, H. A., Haro, G., Mateu, C., y Leal, C. (2006). Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(2), 76–82.
- Leavens, E., Marotta, J., y Weinstock, J. (2014). Disordered gambling in residential substance use treatment centers: an unmet need. *Journal of Addictive Diseases*, 33(2), 163–173.
- Lejoyeux, M., y Weinstein, A. (2010). Compulsive Buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 248–253.
- Lister, J. J., Milosevic, A., y Ledgerwood, D. M. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 47, 48–54.
- Liu, T., Maciejewski, P. K., y Potenza, M. N. (2009). The relationship between recreational gambling and substance abuse/dependence: data from a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1–2), 164–168.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498.
- Lucke, S., y Wallace, M. (2006). Assessment and management of pathological and problem gambling among older adults. *Geriatric Nursing*, 27(1), 51–57.
- McQueen, P., Moulding, R., y Kyrios, M. (2014). Experimental evidence for the influence of cognitions on compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(4), 496–501.
- Müller, A., Mitchell, J. E., y de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 132–137.
- Newman, S. C., y Thompson, A. H. (2007). The Association between Pathological Gambling and Attempted Suicide: Findings from a National Survey in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(9), 605–612.

- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., y Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868–876.
- Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., ... Jiménez-Murcia, S. (2012). Comparison between immigrant and Spanish native-born pathological gambling patients. *Psychological Reports*, 110(2), 555–570.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(5), 564–574.
- Pettoruso, M., Martinotti, G., Fasano, A., Loria, G., Di Nicola, M., De Risio, L., ... Bentivoglio, A. R. (2014). Anhedonia in Parkinson's disease patients with and without pathological gambling: A case-control study. *Psychiatry Research*, 215(2), 448–452.
- Phillips, J. G., y Ogeil, R. P. (2007). Alcohol consumption and computer blackjack. *The Journal of General Psychology*, 134(3), 333–353.
- Pietrzak, R., y Petry, N. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment seeking pathological. *Addiction*, 100 (8), 1183–1193.
- Pirritano, D., Plastino, M., Bosco, D., Gallelli, L., Siniscalchi, A., y De Sarro, G. (2014). Gambling disorder during dopamine replacement treatment in Parkinson's disease: a comprehensive review. *BioMed Research International*, 2014, 728038.
- Planzer, S., Gray, H. M., y Shaffer, H. J. (2014). Associations between national gambling policies and disordered gambling prevalence rates within Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 217–229.
- Potenza, M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive Behaviors*, 39(1), 1–2.
- Roberts, J., Yaya, L., y Manolis, C. (2014). The invisible addiction: Cell-phone activities and addiction among male and female college students. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 254–265.
- Ronzitti, S., Lutri, V., Meleck, S., Smith, N., y Bowden-Jones, H. (2015). Smoking and Gambling Disorder: Does Tobacco Use Influence Treatment Outcome? *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 1107–1117.
- Sauvaget, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Fagundo, A. B., Moragas, L., Wolz, I., ... Menchón, J. M. (2015). Unexpected online gambling disorder in late-life: a case report. *Frontiers in Psychology*, 6, 655.
- Schwartz, B., Wetzler, S., Swanson, A., y Sung, S. C. (2010). Subtyping of substance use disorders in a high-risk welfare-to-work sample: a latent class analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(4), 366–374.
- Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., y Turecki, G. (2006). Suicide Cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: The Importance of Better Recognizing Substance and Mood Disorder Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 581–586.
- Shaffer, H. J., y Korn, D. A. (2002). Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis. *Annual Review of Public Health*, 23(1), 171–212. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140532>
- Spinella, M., Lester, D., y Yang, B. (2015). COMPULSIVE BUYING TENDENCIES 1. *Psychological Reports*, 117(3), 649–655.
- Steel, Z., y Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895–905.
- Stinchfield, R., Kushner, M. G., y Winters, K. C. (2005). Alcohol use and prior substance abuse treatment in relation to gambling problem severity and gambling treatment outcome. *Journal of Gambling Studies*, 21(3), 273–297.
- Stucki, S., y Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245–257.
- van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. F., Roos, S., y Knottnerus, J. A. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(5), 367–75.
- Vanderah, T., y Sandweiss, A. (2015). The pharmacology of neurokinin receptors in addiction: prospects for therapy. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6, 93.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., y Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S.--results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18(4), 313–337.
- Wieland, D. M. (2005). Computer addiction: implications for nursing psychotherapy practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(4), 153–161.
- Wong, P. W. C., Chan, W. S. C., Conwell, Y., Conner, K. R., y Yip, P. S. F. (2010). A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 213–216.



TRATAMIENTOS ACTUALES

Mónica Gómez Peña.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Psicóloga Adjunta. Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Neus Aymamí Sanromà.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Psicóloga Adjunta. Unidad Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Amparo del Pino Gutiérrez.

Doctora en Psicología. Investigadora Unidad Juego Patológico.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL .

Laura Moragas Rimblas.

Doctora en Psicología. Investigadora Unidad Juego Patológico.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Susana Jiménez-Murcia.

Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Directora de la Unidad Juego Patológico.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.



INTRODUCCIÓN

El juego patológico (JP) o Trastorno de Juego (TJ) es un trastorno complejo en el que intervienen diferentes factores bio-psico-sociales, cuya implicación y peso específico explican la elevada heterogeneidad de este cuadro clínico, y que serán relevantes para el desarrollo y la aplicación del tratamiento. Este trastorno se ha abordado desde diferentes perspectivas en función del modelo explicativo y, a pesar de que la literatura se hace eco de ello, todavía resulta relativamente escasa.

Varios estudios de prevalencia, realizados en países anglosajones, indican que solo alrededor del 10% de personas con TJ buscan tratamiento (Cunningham, 2005; Slutske, Blaszczynski, y Martin, 2009; Slutske, Jackson, y Sher, 2003). Una revisión sistemática realizada en 2010, señala que las barreras más frecuentes percibidas por los individuos para no buscar tratamiento son la sensación de control sobre la conducta de juego, la vergüenza y la negación del trastorno (Suurvali, Hodgins, y Cunningham, 2010). Por otro lado, aunque existen escasas investigaciones sobre qué sucede con los individuos que no siguen terapias especializadas, éstas coinciden en que la recuperación espontánea se sitúa sobre el 30% de los casos (Cunningham y Hodgins, 2008; Hodgins, Stea, y Grant, 2011; Slutske, 2006).

Por lo que respecta a los tratamientos farmacológicos, la mayoría apuntan a la posible disregulación de los sistemas de neurotransmisión (Achab y Khazaal, 2011; Yip y Potenza, 2014), mientras que las terapias psicológicas se dirigen a los supuestos determinantes psicológicos y contextuales del juego, como los cognitivos o los ambientales (Cowlshaw et al., 2012; Jiménez-Murcia et al., 2005, 2007).

Hasta el momento no se ha descrito un tratamiento único para intervenir sobre esta patología, pero se considera que se puede tratar con éxito (Jiménez-Murcia et al., 2007; Raylu y Oei, 2002). Los tratamientos psicológicos son los que, hasta el momento actual, han mostrado resultados superiores, tanto a corto como a largo plazo (Cowlshaw et al., 2012; Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen, y Molde, 2005; Rash y Petry, 2014). Sin embargo, estos varían en intensidad; desde abordajes mínimos, que pueden consistir en una única sesión de entre 5 a 30 minutos (o hasta 4 sesiones), orientadas a individuos con problemas de juego leves, hasta tratamientos de intensidad moderada (de cinco a siete sesiones) o intensivas (de ocho o más sesiones) (Hodgins et al., 2011). Las terapias psicológicas se basan principalmente en un formato cara a cara y, más recientemente, algunas también se han adaptado a las nuevas tecnologías a través de Internet o por teléfono (Carlbring y Smit, 2008; Cowlshaw et al., 2012; Jimenez-Murcia et al., 2009; Tárrega et al., 2015).

La investigación sobre eficacia y eficiencia de los tratamientos para el TJ es relativamente reciente, habiéndose publicado escasos estudios, especialmente controlados. Además, muchos de ellos son de caso único o las muestras son reducidas, por lo que la generalización de los resultados es difícil.

En general, las intervenciones terapéuticas para este trastorno incluyen psicoeducación para pacientes y familiares, terapia individual o grupal, terapia familiar, terapia psicoanalítica breve, tratamiento conductual, counselling, terapia cognitiva, entrevista motivacional, programa de 12 pasos de Jugadores Anónimos, manuales de autoayuda (Jiménez-Murcia et al., 2007; Rash y Petry, 2014) y terapia integrativa (Cowlshaw et al., 2012).

Rash y Petry (2014) hacen una revisión de los tratamientos para el TJ, desde intervenciones como la autoayuda o las terapias breves, hasta las que requieren un tratamiento más intensivo, como las motivacionales, terapia cognitiva, conductual, o cognitivoconductual, que integra todos estos abordajes descritos. Concluyen que los programas de autoayuda parecen tener mejores resultados cuando se combinan con tratamiento profesional, pero el compromiso y la adherencia son limitados. Las intervenciones auto-dirigidas, como la biblioterapia, resultan beneficiosas para algunos jugadores, a pesar de que la intervención de un terapeuta, tanto a nivel presencial como telefónico, mejora los resultados. Las opciones auto-dirigidas reducen las posibles barreras asociadas a la búsqueda de tratamiento, llegando a un amplio grupo de jugadores que no buscarían ayuda



Sólo **entre un 7% y un 12%** de las personas afectadas por este trastorno buscan ayuda especializada.

—

profesional. De hecho, estudios como el de Slutske (2006), refiriéndose a la situación de su país (EEUU), afirman que sólo entre un 7% y un 12% de todas las personas afectadas por este trastorno buscan ayuda especializada, y también observan que un tercio de los jugadores patológicos se recupera espontáneamente (Slutske, Piasecki, Blaszczynski, y Martin, 2010). Las aproximaciones breves y motivacionales también amplían las opciones terapéuticas, especialmente para los jugadores problemáticos o de riesgo que no buscan tratamiento. En cuanto a los tratamientos más extensos, las intervenciones cognitivo-conductuales han sido las más utilizadas. En general, Rash y Petry (2014) concluyen que los tratamientos psicológicos, de orientación cognitivo-conductual, que incluyen componentes motivacionales (terapia integrativa) resulten ser los más eficaces para el TJ. Aun así, la variabilidad en los hallazgos es tan marcada que sugieren la necesidad de ampliar el número de investigaciones sistemáticas. Algunas revisiones y estudios meta-analíticos también llegan a la misma conclusión, y afirman que la terapia cognitivo-conductual (TCC), proporciona cambios sintomáticos más rápidos (como disminución de la tasa de abandonos y de recaídas, así como cambios significativos en las alteraciones emocionales asociadas y en la severidad de la conducta de juego), que se mantienen en el tiempo (Cowlshaw et al., 2012; Gooding y Tarrier, 2009; Jiménez-Murcia et al., 2007, 2015; Ladouceur, 2005; Pallesen et al., 2005). A pesar de que es difícil determinar qué técnicas resultan más útiles (Jiménez Murcia et al., 2005), Gooding y Tarrier (2009) concluyen que las intervenciones individuales y grupales son igualmente efectivas.

TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS MÁS UTILIZADOS. PREDICTORES DE RESPUESTA

Uno de los abordajes más utilizados ha sido el basado en el modelo conductual. Se centra en la asunción de que el juego es una conducta maladaptativa aprendida. La exposición prematura al juego puede favorecer la iniciación de la conducta (Sharpe y Tarrier, 1993), manteniéndose posteriormente por un proceso de condicionamiento. Los premios intermitentes pueden actuar como reforzamiento positivo y, a su vez, escapar de estados emocionales negativos puede representar un reforzamiento negativo. Los tratamientos conductuales tienen su origen, pues, en los principios del condicionamiento clásico y operante, y pueden incluir intervenciones como terapia aversiva, desensibilización sistemática, counselling conductual, planificación de actividades y entrenamiento en habilidades (Dowling, Jackson, y Thomas, 2008).

El objetivo de la terapia cognitiva, sin embargo, sería corregir creencias erróneas e información sesgada sobre el juego, por ejemplo sobre la independencia estadística o la fortuna (Ladouceur, 1996). Otros sesgos cognitivos incluyen la confianza excesiva en la capacidad para identificar sistemas de ganancia, la creencia que determinadas actitudes o comportamientos pueden influir en los resultados y la tendencia a recordar sólo los premios y no las pérdidas (Toneatto, 1999; Toneatto y Nguyen, 2007). En este sentido, la técnica más utilizada para trabajar la ilusión de control sobre el juego y el pensamiento mágico es la reestructuración cognitiva, a pesar de que el entrenamiento auto-instruccional y la solución de problemas también se enmarcan en teorías cognitivas (S Jiménez-Murcia et al., 2007).

En general, la TCC se orienta hacia la abstinencia definitiva de todo tipo de juego con apuesta, la recuperación del autocontrol perdido, la identificación de situaciones de riesgo, el cambio en el estilo de vida y la mejora de las relaciones familiares. Para conseguir estos objetivos terapéuticos, los programas basados en la TCC combinan técnicas conductuales y cognitivas, utilizando estrategias como la psicoeducación, control de estímulos (control del dinero, evitación de situaciones de riesgo, interdicción de bingos, casinos, salones recreativos o páginas de juego online), refuerzo y auto-refuerzo, entrenamiento en habilidades, técnicas cognitivas (solución de problemas, reestructuración cognitiva) y prevención de recaídas, entre otras (Jiménez-Murcia, Aymamí, Gómez-Peña, Álvarez-Moya, y Vallejo, 2006). Hasta el momento, la TCC es el tratamiento que ha demostrado resultados superiores (Jiménez-Murcia et al., 2012; Oakley-Browne, Adams, y Mobberley, 1999; Pallesen et al., 2005; Namrata Raylu, Oei, Loo, y Tsai, 2016). Un aspecto relevante de este tipo de abordaje es la modificación de cogniciones distorsionadas asociadas al juego, incluyendo las nombradas anteriormente; la probabilidad de sobreestimación de ganar, la ilusión de control sobre el resultado esperado de una apuesta, las creencias irracionales de una victoria después de una serie de jugadas perdidas; es decir, la falacia del jugador y los sesgos de memoria (Ladouceur, 1996; Ladouceur, Gaboury, Bujold, Lachance, y Tremblay, 1991). Sin embargo, todavía no puede establecerse de forma inequívoca qué técnicas o qué paquetes de técnicas aportan mayor eficacia (Jiménez-Murcia et al., 2007; Yip y Potenza, 2014). En este sentido, finalizan el tratamiento un 69,7% de los pacientes, observando un decremento significativo del nivel de psicopatología y de la severidad de la conducta de juego, con tasas de abstinencia del 76,1% al final del tratamiento y del 81,5% a los seis meses de seguimiento (Jiménez Murcia et al., 2005, 2007). Estos estudios sugieren que un programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el JP resulta eficaz en la recuperación del autocontrol perdido, como indican las tasas de abstinencia y las medidas psicométricas en relación a la remisión de la

alteración emocional asociada. Otras técnicas como la exposición con prevención de respuesta (EPR) son más controvertidas. Hay estudios que sugieren la eficacia de este tipo de intervención, especialmente si se combina con terapia cognitiva (Smith, Battersby, Harvey, Pols, y Ladouceur, 2013, 2015), mientras que otros observan menor adherencia al tratamiento, con tasas de abandono más elevadas, en pacientes que han incluido la EPR en el programa terapéutico (Jiménez-Murcia et al., 2012). Por otro lado, diversas investigaciones plantean que la combinación de intervenciones motivacionales con el abordaje cognitivo-conductual pueden mejorar el resultado terapéutico (Gómez-Peña et al., 2012; S Jiménez-Murcia et al., 2007).

Estudios sobre la eficacia del TCC como los de Jiménez Murcia et al. (2005, 2007), obtienen que la mayor tasa de abandonos y recaídas se produce durante las cinco primeras sesiones e interpretan que, desde un punto de vista clínico, el esfuerzo para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento tiene que realizarse en estas primeras fases. Por lo que respecta a la tasa de recaídas, factores como la gravedad del trastorno, la elevada impulsividad y busca de sensaciones y la severidad de la psicopatología, predicen una peor respuesta al tratamiento. Sin embargo, la persistencia como rasgo de personalidad actuaría como factor protector de recaídas (Jiménez-Murcia et al., 2005, 2007; Smith et al., 2010). En general, los factores asociados a una pobre respuesta al tratamiento son elevados niveles de ansiedad y depresión (el juego actúa entonces como una forma de aliviar estos estados), la gravedad de la psicopatología asociada, nivel de gravedad y una larga evolución del trastorno, baja motivación al cambio y elevada impulsividad y búsqueda de sensaciones (Dunn, Delfabbro, y Harvey, 2012; Jiménez-Murcia et al., 2007; Ledgerwood y Petry, 2006; Melville, Casey, y Kavanagh, 2007). Por otra parte, algunos rasgos de personalidad como la persistencia (autoexigencia, ambición, capacidad de esfuerzo y superación) son factores relacionados con buena respuesta al tratamiento (Gómez-Peña et al., 2012; S Jiménez-Murcia et al., 2007).

Otros aspectos asociados a una pobre respuesta, serían, por ejemplo, el hecho de utilizar el juego como forma de interacción social, como estrategia para huir de problemas personales o cuando existe la falsa esperanza de que el juego resuelva los problemas financieros, entre otras (Dunn et al., 2012; Gómez-Peña et al., 2012; Jiménez-Murcia et al., 2007; 2010; 2012). También se han identificado otras variables, como una larga evolución del trastorno en el momento de iniciar el tratamiento, mayor gravedad del mismo (Milton, Crino, Hunt, y Prosser, 2002), una edad de inicio temprana, presentar más de un juego problema y tener elevadas deudas de juego (Alvarez-Moya et al., 2007; Jiménez-Murcia et al., 2007, 2009, 2010; Nordin y Nylander, 2007). Asimismo, Dowling et al. (2016) señalan la importancia de identificar los posibles trastornos psiquiátricos comórbidos al TJ, al ser factores de modulación de la respuesta terapéutica, y proponen combinar la TCC con diferentes tratamientos farmacológicos en función de la patología asociada.

En esta misma línea, un estudio realizado por Jiménez-Murcia et al. (2015) analizaba predictores de éxito terapéutico. Los resultados apuntaban a que una edad de inicio precoz, alta impulsividad, elevadas puntuaciones en auto-trascendencia y búsqueda de sensaciones, y bajos niveles de cooperación, se asociaban a mayor probabilidad de recaídas. A su vez, variables sociodemográficas como la edad de inicio precoz y tener bajo nivel de estudios, incrementaban el riesgo de abandono de la terapia. Sin embargo, otros estudios describen como factores mediadores de los resultados positivos de la terapia, una menor gravedad del TJ al inicio del tratamiento o la motivación entendida como el compromiso y el esfuerzo en la terapia (Gomez-Pena et al., 2011; S. Jiménez-Murcia et al., 2015; Melville et al., 2007), así como el apoyo familiar y el soporte social (Bertrand, Dufour, Wright, y Lasnier, 2008; Ingle, Marotta, McMillan, y Wisdom, 2008). La revisión de Merkouris, Thomas, Browning, y Dowling (2016) muestra que el sexo masculino y bajos niveles de depresión son los predictores más consistentes de los buenos resultados de las intervenciones. El estudio de Kushnir, Godinho, Hodgins, Hendershot, y Cunningham (2016) añade que tener motivación intrínseca puede predecir el éxito de la resolución del problema de juego, mientras que tener motivación extrínseca aleja la probabilidad de cambio. Por último, en el estudio de Jiménez-Murcia et al. (2016) se observó que los pacientes con TJ que presentaban asociada una dependencia al alcohol o presentaban un consumo de riesgo, tenían más probabilidades de presentar pobres resultados en la TCC.

TRATAMIENTOS BASADOS EN LA HETEROGENEIDAD DEL JUEGO PATOLÓGICO

A pesar de las similitudes observadas entre los individuos diagnosticados de TJ, independientemente de si juegan a juegos de apuesta online o presencial, varios estudios apuntan la elevada heterogeneidad del trastorno. Así podrían identificarse subgrupos caracterizados por diferentes niveles de gravedad, comorbilidad y perfiles de personalidad (Alvarez-Moya et al., 2010; Blaszczynski y Nower, 2002; Ledgerwood y Petry, 2006; Milosevic y Ledgerwood, 2010). Por lo tanto, a pesar de que los programas de tratamiento puedan ser similares

y estar basados en una serie de técnicas comunes, también será necesario evaluar y establecer las características específicas para cada paciente a nivel clínico, psicopatológico y de personalidad, considerando el tipo de juego problema (estratégico versus no estratégico) (Aymamí et al., 2015; Aymamí et al., 2014; Moragas et al., 2015).

Así, pues, al diseñar un plan de intervención convendrá disponer de criterios para determinar la conveniencia de aplicar las diferentes modalidades terapéuticas (individual, grupal, familiar, con tratamiento farmacológico combinado, coordinado con otros profesionales de diferentes ámbitos, etc.) (Jiménez Murcia et al., 2006). También deberá tenerse en cuenta los recursos terapéuticos necesarios para abordar los posibles trastornos comórbidos al juego (abuso o dependencia de sustancias, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad) y problemas asociados como los de tipo legal o financiero (Folino y Abait, 2009; Granero et al., 2014). De este modo, el objetivo del tratamiento será restablecer el estilo de vida previo al trastorno y mejorar todas las áreas de la vida del sujeto afectadas o deterioradas por su enfermedad (Jiménez-Murcia et al., 2007).

TRATAMIENTOS DE TERCERA GENERACIÓN PARA EL JUEGO PATOLÓGICO

Dentro de las orientaciones cognitivo-conductuales, en los últimos años se están desarrollando tratamientos que se han denominado de tercera generación. Son abordajes como el conocido como mindfulness o como la terapia de aceptación y compromiso. De Lisle, Dowling, Allen (2012) hacen una revisión de la literatura sobre la aplicación del mindfulness en el trastorno de juego. El mindfulness se define como “el proceso de observar el cuerpo y la mente intencionadamente, esperar y explorar experiencias momento a momento y aceptarlas como son” (Kabat-Zinn y Hanh, 2009; citado en de Lisle, Dowling, Allen, 2012). Para facilitar la investigación en este campo, se ha propuesto una definición operacional de este constructo, dividiendo el mindfulness en dos componentes: la auto-regulación y la orientación a la experiencia (Bishop et al., 2004). La auto-regulación incluiría atención sostenida, atención dirigida y la inhibición del proceso de elaboración. La orientación a la experiencia hace referencia al sentido de la curiosidad, la apertura y la aceptación de la vivencia en el momento presente. Los jugadores con elevado nivel de mindfulness podrían darse la oportunidad de observar desapasionadamente pensamientos, sentimientos y sensaciones que van y vienen en el momento presente, lo que permitiría discernir el significado y las causas de la experiencia y el comportamiento. Para los jugadores conscientes, esta capacidad podría favorecer la decisión de no iniciar o prolongar un episodio de juego, y más cuando este proceso se confrontara a elevados niveles de distrés emocional. El entrenamiento en mindfulness puede ayudar en la toma de conciencia de pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas previas al comportamiento desadaptativo, y representa una posible vía para reducir las consecuencias del problema de juego (Krasner, 2004). De Lisle, Dowling, Allen (2012) son prudentes al interpretar los resultados y concluyen que, a pesar de que el número de estudios aleatorizados está creciendo, todavía quedan preguntas por resolver respecto a estas aproximaciones terapéuticas. Otros estudios afirman que, a pesar de ser de muy reciente aplicación, los resultados iniciales son prometedores, especialmente si se combinan con otros tratamientos más estandarizados, como la TCC (Hodgins, Ching, y McEwen, 2009), con el objetivo de abordar las rumiaciones o preocupaciones excesivas. Por otro lado, algunos estudios sugieren que utilizar intervenciones basadas en el mindfulness, pueden ser eficaces en la reducción de la conducta de juego y también mejoran la calidad de la función mental (McIntosh, Crino, y O'Neill, 2016).

TRATAMIENTOS PARA EL JUEGO PATOLÓGICO BASADOS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Respecto a la entrevista motivacional, fue desarrollada inicialmente para el tratamiento del alcoholismo (N. N. Miller, 1983). Se trata de una metodología de trabajo que funciona a partir del reconocimiento de la ambivalencia como primer paso para el cambio de una conducta disfuncional (Hettema, Steele, y Miller, 2005). El estilo de la entrevista motivacional es la asistencia directa, centrada en el paciente para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a explorar y resolver ambivalencias (Rollnick y Miller, 1995). El objetivo es incrementar la motivación intrínseca para el cambio.

Esta ambivalencia representa un conflicto entre una determinada conducta, por ejemplo, el cambio versus el comportamiento disfuncional, cada uno asociado a costes y beneficios. Si el hecho de mantener la conducta es percibido como un beneficio y el cambio se asocia a un coste, se crea una resistencia a cambiar. A pesar de que las bases conceptuales de la intervención motivacional no han sido del todo desarrolladas, las explicaciones actuales se centran principalmente en las técnicas específicas para provocar cambios en el discurso, como verbalizaciones a favor del cambio. Esto reduce la ambivalencia y refuerza el cambio (por ejemplo, favoreciendo

una disonancia entre el comportamiento actual del individuo y el objetivo deseado) (Miller y Rose, 2009). La intervención motivacional presenta una serie de características que juegan un papel importante en la calidad de la relación entre terapeuta y paciente: a) es colaborativa en vez de autoritaria (actitud de aceptación del paciente tal y cómo es, sin juzgarlo), b) evoca la propia motivación del paciente en vez de imponerla, y c) acepta la autonomía del individuo para tomar sus propias decisiones (el terapeuta se centra en facilitar la aparición y verbalización de las preocupaciones por parte del paciente) (Miller y Rose, 2009). Este contexto relacional, favorece la implicación del paciente en el tratamiento y el proceso de cambio, así como aumenta la percepción de auto-eficacia.

Los principios generales que debe tener en cuenta el terapeuta para conseguir la motivación al cambio del paciente son: 1) expresar empatía (actitud de aceptación, escucha reflexiva), 2) crear una discrepancia (facilitando la aparición de una disonancia cognitiva entre los costes de la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir para que el paciente exponga sus razones para cambiar), 3) evitar la discusión, puesto que provoca resistencia por parte del paciente, 4) fomentar la auto-eficacia sobre la propia capacidad para conseguir unos objetivos, y 5) dar un giro a la resistencia (evitar discusiones u oposición, sugerir y no imponer nuevos puntos de vista) (Miller y Rollnick, 2013).

Existen diversas técnicas y adaptaciones de la entrevista motivacional basadas en estos principios y métodos clínicos (Hettema et al., 2005). Un estudio meta-analítico reciente ha explorado la eficacia de la entrevista motivacional en el TJ (Yakovenko, Quigley, Hemmelgarn, Hodgins, y Ronksley, 2015). Los resultados obtenidos confirman la eficacia para resolver los síntomas del trastorno, especialmente a corto plazo. Sin embargo, teniendo en cuenta la limitación de las investigaciones basadas en esta aproximación terapéutica, no es posible determinar si el éxito de la terapia se mantiene con el tiempo. De ser así, los autores concluyen que se trataría de una intervención sencilla, breve y en términos de coste-eficacia, muy rentable.

TRATAMIENTOS PARA EL JUEGO PATOLÓGICO BASADOS EN OTRAS INTERVENCIONES

La terapia integrativa incluye intervenciones que combinan aspectos significativos de diferentes tipos de tratamientos, como TCC e intervención motivacional, de forma equitativa. En este sentido, Hodgins (2005) y Toneatto y Millar (2004) proponen el diseño de programas que tengan en cuenta dos aspectos fundamentales, como ser poco intrusivos en el estilo de vida del paciente y trabajar factores de motivación al cambio, que representa una de las variables más relevantes implicadas en la adherencia al tratamiento. Una motivación externa asociada a otros factores como la dificultad de asistir semanalmente, durante unos meses y en horario laboral, a terapia, puede favorecer el abandono.

Por otro lado, para Ladouceur (2005), el abandono puede estar asociado al planteamiento de la abstinencia como único hito terapéutico. Este autor considera la posibilidad de plantearse el juego controlado como objetivo del tratamiento, desde la perspectiva de la reducción de daños. Esto facilitaría el aumento de la percepción de auto-eficacia por parte del paciente, llevándolo a la aceptación de la abstinencia definitiva como objetivo último de la intervención.

Un reciente estudio de Mladenovic, Lažetic, Lecic-Toševski y Dimitrijevic (2015) sobre el tratamiento del juego patológico desde una aproximación multi-sistémica, apunta resultados interesantes. Estos autores integran terapia familiar y TCC con algunas herramientas de la terapia psicodinámica, existencial y farmacológica. El programa de tratamiento se estructura en dos fases una primera, más intensiva de 10 semanas y una segunda fase, de dos años de duración en formato grupal. Los autores, a pesar de referir elevadas tasas de abstinencia que se aproximan al 90%, después de un año de haber finalizado la fase intensiva, son prudentes dado el poco tiempo de aplicación de este programa terapéutico. Sin embargo, se trata de un estudio con limitaciones metodológicas importantes, dado que no aporta resultados. Es imposible poder verificar estas altas tasas de recuperación que describen los autores y, por otro lado, también se desconoce la muestra estudiada, los datos de abandonos, etc.

Los estudios empíricos sobre programas de auto-ayuda son escasos. Dentro de esta categoría se incluye material escrito (libros y manuales de autoayuda), grabaciones de audio o de vídeo, programas de ordenador, vía telefónica o aplicaciones de realidad virtual, que pueden requerir la intervención puntual de un clínico (Raylu, Oei, y Loo, 2008). También se incluyen los grupos de apoyo, llamados grupos de ayuda mutua o de auto-ayuda.

En relación a otro tipo de abordajes psicológicos para el JP, como los modelos psicodinámicos (Bergler, 1957; Forrest, 2015; Rosenthal, 2015), o perspectivas multi-factoriales (Sharpe, 2002), todavía no se han traducido en aproximaciones de tratamiento sistematizadas y más ampliamente aceptadas.

Finalmente, las nuevas tecnologías (NT) también nos ofrecen otras estrategias terapéuticas, habitualmente complementarias. Cada vez más, los profesionales empiezan a interesarse por enfoques terapéuticos eficientes e innovadores. Para muchos clínicos e investigadores es importante avanzar en el tratamiento de los trastornos mentales, desarrollando nuevas estrategias terapéuticas para mejorarlos. El uso de las NT como potenciales herramientas terapéuticas está siendo explorada por diferentes grupos, tanto nacionales como internacionales (Botella et al., 2004; Claes et al., 2012; Fernández-Aranda et al., 2012; Perpiñá et al., 2013). Su aplicación en el tratamiento de trastornos somáticos y psicológicos y su potencial eficacia como complemento terapéutico, está siendo motivo de interés general (Barnett, Cerin, y Baranowski, 2011; Coyle, Matthews, y Sharry, 2005). No sólo existe un deseo de aprovechar todas las ventajas de las NT, sino también de hacer más accesibles programas y tratamientos a los que sería difícil acceder de otras maneras, por ejemplo en zonas rurales o en lugares donde los tratamientos muy específicos son escasos.

Los estudios de las intervenciones basadas en Internet como una modalidad de tratamiento muestran resultados positivos en la gestión de comportamientos adictivos, debido a las características de flexibilidad, anonimato y confidencialidad de la intervención (Chebli, Blaszczynski, y Gainsbury, 2016).

Por otro lado, en el estudio de Gay et al. (2016), han explorado la aplicación repetitiva de la estimulación magnética transcraneal (rTMS) sobre el córtex prefrontal dorsolateral izquierdo, con el objetivo de reducir el craving de los jugadores. Obtuvieron que los pacientes comunicaron una reducción del craving después de realizar una única sesión de rTMS con alta frecuencia, aunque está por demostrar si los resultados se mantienen a medio-largo plazo.

Dentro de las NT, los serious games, o videojuegos (VJ) con finalidades terapéuticas, han demostrado su eficacia en varios campos, como el entrenamiento en habilidades sociales, el manejo del dolor o modificación de emociones, conductas y actitudes (Santamaría et al., 2011). Las intervenciones con VJ podrían tener un éxito considerable, especialmente si son diseñados para trabajar problemas concretos o habilidades específicas (Griffiths, 2005). Los motivos que explicarían los beneficios de los VJ serían: 1) requieren altos niveles de atención y concentración, así como respuestas motoras y cognitivas, 2) permiten la posibilidad de superación, incrementando habilidades y competencias a medida que progresa el juego, 3) resultan atractivos para la mayoría de personas, siendo entretenidos y motivadores, 4) facilitan la inmersión en las tareas que se realizan y la desconexión del entorno, 5) implican de forma intensiva al individuo, y 6) producen cambios en la actividad cerebral (Egerton, et al., 2009; Han et al., 2009; Wilkinson, Ang, y Goh, 2008).

En el Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona, conjuntamente con otros centros de ingeniería y biotecnología de cinco países europeos más, se desarrolló el proyecto Playmancer, (www.playmancer.eu), que fue una iniciativa de la Unión Europea, con el propósito de diseñar y aplicar un VJ con finalidades terapéuticas, dirigido a intervenir en trastornos relacionados con la impulsividad, como el TJ. Más allá de los síntomas específicos (que ya se tratan con la terapia habitual), el VJ tenía como objetivo intervenir en algunos de los aspectos asociados al juego patológico. Estos eran, por ejemplo, la identificación, reconocimiento y regulación de emociones negativas, la mejora del auto-control, el incremento de la planificación de estrategias, la resolución de problemas y conflictos, la implementación de cogniciones alternativas, así como la mejora de la capacidad de insight. Del mismo modo, el VJ también intervenía sobre algunos rasgos de personalidad (baja tolerancia a la frustración, regulación emocional e impulsividad, por ejemplo), reduciendo algunos factores de riesgo de recaída (Fernández-Aranda et al., 2012; Jimenez-Murcia et al., 2009). Mientras jugaba, el paciente era monitorizado para captar sus emociones y el estado de activación fisiológica, mediante biosensores de reconocimiento facial y de voz. En el VJ, sólo se progresaba si el estado emocional del sujeto era de calma, relajación, control y planificación. El objetivo final, pues, no era ganar, sino conseguir más capacidad de auto-control. Así, entre otras, el VJ tenía funciones de biofeedback.

Los resultados hasta el momento han sido muy esperanzadores, consiguiendo un incremento del auto-conciencia emocional, aprendizaje de estrategias de relajación y respiración intensiva, estrategias de auto-control, mejora de las estrategias de planificación, uso sistemático de la auto-observación y la auto-regulación, demora de respuesta y aprendizaje de estrategias de gestión de la frustración y del estrés.

Como conclusión, enfatizar que la innovación en las terapias es necesaria y que el uso de aproximaciones terapéuticas mediante VJ (NT) puede abrir la posibilidad a tratar factores difíciles en JP desde otras perspectivas, como la regulación emocional y la impulsividad (Tárrega et al., 2015).

> BIBLIOGRAFÍA

- Achab, S., & Khazaal, Y. (2011). Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), 1389–1395.
- Alvarez-Moya, E. M., Jimenez-Murcia, S., Aymami, M. N., Gomez-Pena, M., Granero, R., Santamaria, J., ... Fernandez-Aranda, F. (2010). Subtyping study of a pathological gamblers sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 498–506.
- Alvarez-Moya, E. M., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Valero-Cabré, A., Bulik, C. M., & Fernandez-Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Compr Psychiatry*, 48(5), 452–457.
- Aymami, N., Granero, R., Penelo, E., Fernández-Aranda, F., Krug, I., Gunnard, K., ... Jiménez-Murcia, S. (2014). Anger in Pathological Gambling: Clinical, Psychopathological, and Personality Correlates. *Spanish Journal of Psychology*, 17, E39.
- Aymami, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J. A., Fernández-Aranda, F., Claes, L., ... Menchón, J. M. (2015). Clinical, Psychopathological, and Personality Characteristics Associated with ADHD among Individuals Seeking Treatment for Gambling Disorder. *BioMed Research International*, 2015, 965303.
- Barnett, A., Cerin, E., & Baranowski, T. (2011). Active video games for youth: a systematic review. *Journal of Physical Activity & Health*, 8(5), 724–37.
- Bergler, E. (1957). A contribution to the psychology of the snob. *Diseases of the Nervous System*, 18(9), 352–4.
- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J., & Lasnier, B. (2008). Adapted Couple Therapy (ACT) for pathological gamblers: a promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 393–409.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Blaszczyński, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., Perpiñá, C., García Palacios, A., & Riva, G. (2004). Virtual reality and psychotherapy. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 37–54.
- Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1090–1094.
- Chebli, J. L., Blaszczynski, A., & Gainsbury, S. M. (2016, December). Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1279–1304.
- Claes, L., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Moussa, M. B., Sánchez, I., Forcano, L., ... Fernández-Aranda, F. (2012). The facial and subjective emotional reaction in response to a video game designed to train emotional regulation (Playmancer). *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 484–9.
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD008937.
- Coyle, D., Matthews, M., & Sharry, J. (2005). Personal Investigator: A therapeutic 3D game for adolescent psychotherapy. *International Journal of Interactive Technology and Smart Education*, 2(2), 73–88.
- Cunningham, J. (2005). Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatric Services*, 56(8), 1024–a.
- Cunningham, J., & Hodgins, D. (2008). Interest in different self-help services for problem gamblers. *Psychiatric Services*.
- de Lisle, S. M., Dowling, N. A., & Allen, J. S. (2012). Mindfulness and Problem Gambling: A Review of the Literature. *Journal of Gambling Studies*, 28(4), 719–739.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., & Lorains, F. K. (2016). Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: Advancing a developing field of research. *Addictive Behaviors*, 58, 21–30.
- Dowling, N., Jackson, A. C., & Thomas, S. A. (2008). Behavioral interventions in the treatment of pathological gambling: A review of activity scheduling and desensitization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 172–187.
- Dunn, K., Delfabbro, P., & Harvey, P. (2012). A preliminary, qualitative exploration of the influences associated with drop-out from cognitive-behavioural therapy for problem gambling: an Australian perspective. *Journal of Gambling Studies*, 28(2), 253–272.
- Egerton, A., Mehta, M. A., Montgomery, A. J., Lappin, J. M., Howes, O. D., Reeves, S. J., et al. (2009). The dopaminergic basis of human behaviors: A review of molecular imaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(7), 1109–1132.
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., ... Penelo, E. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of Mental Health*, 21(4), 364–374.
- Folino, J. O., & Abait, P. E. (2009). Pathological gambling and criminality. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(5), 477–481.
- Forrest, D. V. (2015). Motivation, masochism, and slot machine gambling. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(1), 47–65.
- Gay, A., Jausse, I., Sigaud, T., Billard, S., Attal, J., Seneque, M., ... Guillaume, S. (2016). A Lack of Clinical Effect of High-frequency rTMS to Dorsolateral Prefrontal Cortex on Bulimic Symptoms: A Randomised, Double-blind Trial. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 24(6), 474–481.
- Gomez-Pena, M., Penelo, E., Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Alvarez-Moya, E., Santamaria, J. J., ... Jimenez-Murcia, S. (2011). Motivation to change and pathological gambling: analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 196–210.
- Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Alvarez-Moya, E., Santamaría, J. J., ... Jimenez-Murcia, S. (2012). Correlates of motivation to change in pathological gamblers completing cognitive-behavioral group therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 732–744.

- Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592–607.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Aymami, N., Gómez-Peña, M., ... Jiménez-Murcia, S. (2014). Contribution of illegal acts to pathological gambling diagnosis: DSM-5 implications. *Journal of Addictive Diseases*, 37–41.
- Griffiths, M. (2005). Video games and health. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 331(7509), 122–123.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., ... Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 251–256.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 91–111.
- Hodgins, D. C. (2005). Implications of a Brief Intervention Trial for Problem Gambling for Future Outcome Research. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 13–19.
- Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 122–130.
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*.
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G., & Wisdom, J. P. (2008). Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 381–392.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, R., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., Jaurieta, N., ... Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17(5), 544–552.
- Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E. M., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Granero, R., Aymami, N., ... Menchón, J. M. (2010). Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26(2), 235–248.
- Jiménez-Murcia, S., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., Álvarez-Moya, E. M., & Vallejo, J. (2006). Guidelines of cognitive-behavioral treatment of pathological gambling and other non-toxic addictions. Barcelona, Spain: Hospital Universitari de Bellvitge, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Jimenez-Murcia, S., Aymami, N., Gómez-Peña, M., Santamaría, J. J., Alvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F., ... Menchón, J. M. (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 51(1), 54–71.
- Jiménez-Murcia, S., del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Hakansson, A., Tárrega, S., ... Menchón, J. M. (2016). Treatment outcome in male Gambling Disorder patients associated with alcohol use. *Frontiers in Psychology*, 7, 465.
- Jimenez-Murcia, S., Fernandez-Aranda, F., Kalapanidas, E., Konstantas, D., Ganchev, T., Kocsis, O., ... Davarakis, C. (2009). Playmancer project: a serious videogame as an additional therapy tool for eating and impulse control disorders. *Stud Health Technol Inform*, 144, 163–166.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., ... Menchón, J. M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *European Addiction Research*, 21(4), 169–178.
- Jiménez-Murcia, S., Granero Pérez, R., Fernández-Aranda, F., Alvarez Moya, E., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., ... Menchón, J. M. (2009). Comorbidity in pathological gambling: clinical variables, personality and treatment response. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 2(4), 178–189.
- Krasner, M. (2004). Mindfulness-based interventions: a coming of age? *Families, Systems & Health*, 22(2), 207–213.
- Jiménez Murcia, S., Álvarez Moya, E., Granero Pérez, R., Neus Aymami, M., Gómez Peña, M., Jaurieta, N., ... Vallejo Ruiloba, J. (2006). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el juego patológico. *Psicología Conductual*, 13(3), 495–510.
- Kushnir, V., Godinho, A., Hodgins, D. C., Hendershot, C. S., & Cunningham, J. A. (2016). Motivation to Quit or Reduce Gambling: Associations between Self-Determination Theory and the Transtheoretical Model of Change. *Journal of Addictive Diseases*, 35, 58–65. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1107315>
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12(2), 129–142.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled Gambling for Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 49–57.
- Ladouceur, R., Gaborou, A., Bujold, A., Lachance, N., & Tremblay, S. (1991). Ecological validity of laboratory studies of videopoker gaming. *Journal of Gambling Studies*, 7(2), 109–116.
- Ledgerwood, D. D. M., & Petry, N. N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 26(2), 216–228.
- McIntosh, C. C., Crino, R. D., & O'Neill, K. (2016). Treating Problem Gambling Samples with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness-Based Interventions: A Clinical Trial. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1305–1325.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 944–958.
- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., & Dowling, N. A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48, 7–31.
- Miller, N. N. (1983). Village victories: new motivational techniques in Kenya and Zimbabwe. *UFSI Reports*, (13), 1–8.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel-2e éd.: Aider la personne à engager le changement*. InterEditions.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 988–998.
- Milton, S., Crino, R., Hunt, C., & Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18(2), 207–229.

- Mladenovic, I., Lažetic, G., Lecic-Toševski, D., & Dimitrijevic, I. (2015). Treatment of pathological gambling - integrative systemic model. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 107–111.
- Moragas, L., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Fröberg, F., Aymamí, N., ... Jiménez-Murcia, S. (2015). Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling disorder based on gambling preferences. *BMC Psychiatry*, 15(1), 86.
- Nordin, C., & Nylander, P. O. (2007). Temperament and character in pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23(2), 113–120.
- Oakley-Browne, M. A., Adams, P., & Mobberley, P. M. (1999). Interventions for pathological gambling. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001521.
- Pallesen, S., Mitem, M., Kvale, G., Johnsen, B.-H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100(10), 1412–1422.
- Perpiñá, C., Roncero, M., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Forcano, L., & Sánchez, I. (2013). Clinical validation of a virtual environment for normalizing eating patterns in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 680–686.
- Rash, C. J., & Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 285–295.
- Raylu, N., Oei, T., & Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1372–1385.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1009–1061.
- Raylu, N., Oei, T. P. S., Loo, J. M. Y., & Tsai, J.-S. (2016). Testing the Validity of a Cognitive Behavioral Model for Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 773–788.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334.
- Rosenthal, R. J. (2015). Masochism and pathological gambling. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(1), 1–25.
- Santamaria, J., Soto, A., Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Forcano, L., Gunnard, K., ... Jiménez-Murcia, S. (2011). Serious games as additional psychological support: a review of the literature. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation (JCR)*, 4(4), 211.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1–25.
- Sharpe, L., & Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3), 407–412.
- Slutske, W., Piasecki, T., Blaszczyński, A., & Martin, N. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105(12), 2169–2175.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297–302.
- Slutske, W. S., Blaszczyński, A., & Martin, N. G. (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5), 425–432.
- Slutske, W. S., Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 263–274.
- Smith, D., Harvey, P., Battersby, M., Pols, R., Oakes, J., & Baigent, M. (2010). Treatment outcomes and predictors of drop out for problem gamblers in South Australia: a cohort study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10), 911–920.
- Smith, D. P., Battersby, M. W., Harvey, P. W., Pols, R. G., & Ladouceur, R. (2013). Two-group randomised, parallel trial of cognitive and exposure therapies for problem gambling: a research protocol. *BMJ Open*, 3(6), e003244.
- Smith, D. P., Battersby, M. W., Harvey, P. W., Pols, R. G., & Ladouceur, R. (2015). Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 100–110.
- Suurvali, H., Hodgins, D., & Cunningham, J. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26, 1–33.
- Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Giner-Bartolomé, C., Aymamí, N., ... Jiménez-Murcia, S. (2015). A Serious Videogame as an Additional Therapy Tool for Training Emotional Regulation and Impulsivity Control in Severe Gambling Disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 1721.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use & Misuse*, 34(11), 1593–1604.
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and Treating Problem Gambling: Empirical Status and Promising Trends. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 517–525.
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does Mindfulness Meditation Improve Anxiety and Mood Symptoms? A Review of the Controlled Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 260–266.
- Wilkinson, N., Ang, R. P., & Goh, D. H. (2008). Online Video Game Therapy for Mental Health Concerns: A Review. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 370–382.
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C., & Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 43, 72–82.
- Yip, S. W., & Potenza, M. N. (2014). Treatment of Gambling Disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(2), 189–203.



INTERVENCIONES EN FEJAR

Juan José Lamas Alonso.

Director Técnico de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

Rosana Santolaria Gómez.

Psicóloga Sanitaria. Coordinadora del Departamento de Psicología de FEJAR y Responsable de Terapia Online de FEJAR.

La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), así como de las casas de apuestas y del juego on-line, ha hecho aumentar considerablemente la oportunidad de juego así como los problemas relacionados con el mismo. La indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

En España, la tasa de prevalencia de la ludopatía o trastorno por juego, incluyendo en ella la dependencia al juego y el juego problemático, oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña, 1999). El trastorno por juego implica la pérdida de control, la dependencia emocional, la tolerancia y la interferencia grave en la vida cotidiana; los jugadores problemáticos, a su vez, se caracterizan por presentar dificultades en el funcionamiento diario (manejo del dinero, deudas contraídas, mentiras, aislamiento social, relaciones con la pareja, etcétera) debidas al juego, pero sin mostrar todavía los criterios diagnósticos del trastorno. El juego patológico se distribuye por todas las edades y clases sociales. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años, de tal forma que cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego.

Desde una perspectiva psicopatológica, la depresión, los trastornos de ansiedad y el abuso de alcohol están asociados con frecuencia al trastorno por juego en forma de trastornos comórbidos. Así, la tasa de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre los ludópatas oscila alrededor del 15%-20% (Lorains et al., 2011).

Del mismo modo, “se ha observado que es más prevalente entre los familiares de primer grado de las personas con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave que en la población general” (DSM-V, Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, pág. 588). Quizás en este sentido influyan tanto factores neurobiológicos como la tendencia a la impulsividad y/o más externos o ambientales.

En la misma línea, dicho manual (DSM-V) refiere que las personas con juego patológico “presentan altos índices de comorbilidad con otros trastornos mentales, como los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad. En algunos individuos, otros trastornos mentales pueden preceder al trastorno por juego y permanecer ausentes o presentarse durante la manifestación del trastorno por juego. El trastorno por juego también puede aparecer antes de que debuten otros trastornos mentales, especialmente los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias”.

Las Asociaciones que componen FEJAR tienen como objetivo la rehabilitación del jugador. Para lograr dicha rehabilitación y alcanzar el alta terapéutica, las entidades cuentan, por un lado, con la experiencia de jugadores rehabilitados y sus familiares y, por otro lado, con distintos profesionales.



Desde FEJAR, dado el origen multicausal de las conductas adictivas, y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las mismas, se considera necesario contar con un protocolo común de acceso y tratamiento de la adicción al juego que pueda aplicarse en todas sus entidades, tanto para jugadores patológicos puros como comórbidos.

El abordaje de esta problemática debe hacerse desde una perspectiva integradora, que ponga en acción diferentes disciplinas y profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente. Los protocolos tienen por objetivo definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, como garantía de una intervención interdisciplinar de calidad.

La población diana es cualquier persona afectada por la adicción al juego, así como sus familiares.

El trastorno por juego (o juego patológico) es considerado como una adicción sin droga y los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) son los siguientes:



- 1_ Preocupación por el juego.**
- 2_ Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.**
- 3_ fracasos repetidos en los esfuerzos por controlar el juego.**
- 4_ Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.**
- 5_ Utilización del juego como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional.**
- 6_ Intentos repetidos de recuperar el dinero perdido.**
- 7_ Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.**
- 8_ Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.**
- 9_ Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos.**

El paciente muestra una conducta de juego persistente y desadaptativa, tal y como se refleja en la presencia de 4 o más de los siguientes síntomas:

En el tratamiento del trastorno por juego se ha recurrido a la utilización de técnicas terapéuticas que han mostrado su utilidad en el control del alcoholismo y de la drogadicción. Actualmente la mayor parte de los programas de tratamiento se llevan a cabo en régimen ambulatorio e incluyen diversas alternativas que en absoluto resultan excluyentes (tratamiento psicológico, farmacoterapia, grupos de autoayuda) y diferentes formatos (individual o grupal).

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales en sus diferentes formatos (individual, grupal, autoayuda) constituyen la primera línea de tratamiento del juego patológico (Gooding y Tarrier, 2009).

▶ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO FEJAR

El tratamiento que se ofrece desde las entidades que forman parte de FEJAR es de carácter ambulatorio y tiene por objetivo final el alta terapéutica. La duración total del tratamiento es de unos 14 a 18 meses aproximadamente. La rehabilitación del trastorno no implica solamente la superación del síndrome de abstinencia inicial (lo que se conoce como desintoxicación/deshabitación en la rehabilitación de otras adicciones con sustancia), sino su consolidación y mantenimiento a lo largo del tiempo, junto con otros cambios en el estilo de vida, que permitan alcanzar una normalización social (lo que se conoce como rehabilitación propiamente dicha).

Las fases del tratamiento son las siguientes:

▶ **ACOGIDA.** La acogida consiste en la atención a la demanda inicial, que tiene lugar una vez que el afectado o la familia han solicitado ser atendidos y que puede ser llevada a cabo o bien por monitores o bien por un psicólogo. En estos primeros momentos es muy importante mostrar empatía con el usuario y tratar de facilitar el proceso de abandono del juego.

▶ **EVALUACIÓN.** Todas las entidades FEJAR emplean documentos comunes para la evaluación inicial del usuario:

- Entrevista Clínica FEJAR: consta de los siguientes apartados: I. Datos Personales, II. Historia de Juego, III. Análisis Funcional, IV. Entrevista Personal y V. Historia de Vida. La entrevista sigue un estilo motivacional y no culpabilizador.
- Batería de cuestionarios: NODS, STAI, BDI y UPPS

TRATAMIENTO

El tratamiento consta de las siguientes modalidades de terapia:

▶ **TERAPIAS INDIVIDUALES.** En la evaluación se habrán determinado los objetivos sobre los que trabajar. Al abordar otras patologías habrá que considerar si puede hacerse desde el propio centro o si por el contrario estaría indicada la derivación a un recurso especializado.

▶ **TERAPIAS FAMILIARES.** El papel de la familia en la terapia es de gran importancia, tanto para motivar al jugador en su tratamiento, como para supervisar el cumplimiento de las pautas terapéuticas, así como receptora de ayuda, pues la familia y su entorno más inmediato también se encuentran afectados por el problema.

▶ **TERAPIAS GRUPALES.** La terapia grupal presenta una serie de ventajas en la intervención de la adicción al juego (Valdés, 2004): refuerza a los integrantes del grupo en dirección a los objetivos terapéuticos; los criterios de los compañeros de grupo tienen un alto nivel de credibilidad para el jugador en tratamiento; la modificación de conductas desadaptativas se transmite desde la experiencia común; proporciona múltiples formas de colaboración e interacción, proximidad, universalidad y ayuda mutua; incremento de la objetividad; proporciona modelos; favorece la liberación de la culpa; facilita la introspección al verse reflejado en los demás; instruye en la solución de problemas y habilidades de comunicación; aumenta las expectativas de recuperación.

▶ **INTERVENCIÓN SOCIAL.** Cuando el caso así lo requiera.

▶ **OTRAS ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS.** Farmacológicas, por ejemplo.

Los componentes más relevantes del tratamiento son:

- Control de estímulos.
- Reestructuración cognitiva.
- Solución de problemas.
- Percepción, comprensión y regulación de las emociones.
- Prevención de recaídas.

FASES Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

► **FASE DE INICIACIÓN.** Tiene como objetivos: la toma de conciencia del problema, la identificación de situaciones de riesgo y la abstinencia.

Entre las técnicas empleadas en esta fase destacan:

- La información o psicoeducación sobre la adicción al juego.
- Entrevista motivacional. Desde este enfoque se emplean técnicas como: expresar empatía, fomentar la discrepancia, trabajar la resistencia y reforzar la autoeficacia.

En la fase de iniciación se distinguen varias etapas, y en cada una de ellas se utilizan diferentes estrategias motivacionales. Las etapas son las siguientes:

PRECONTEMPLACIÓN. La persona aún no está considerando o no está capacitada o dispuesta a cambiar.

CONTEMPLACIÓN. La persona reconoce sus preocupaciones y está considerando la posibilidad de cambiar, pero se muestra ambivalente.

PREPARACIÓN. La persona se compromete con el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.

ACCIÓN. La persona está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una estabilidad.

MANTENIMIENTO. La persona ha alcanzado las metas iniciales como la abstinencia y está esforzándose por mantener los avances.

RECAÍDA. La persona ha experimentado una recaída.

- **Control de estímulos.** Incluye el dinero, deudas, los circuitos de riesgo, los amigos o entorno jugadores, la autoprohibición (en el Registro de Interdicciones del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas) y la soledad no deseada.
- **Actividades reforzantes alternativas al juego.** Una parte importante de la terapia consiste en modificar el estilo de vida y en este sentido es importante la búsqueda y práctica de actividades reforzantes alternativas al juego.

► **FASE INTERMEDIA.** Los objetivos de esta fase son la identificación y modificación de sesgos cognitivos, así como modificación de la conducta conflictiva.

Técnicas empleadas: son técnicas cognitivo-conductuales (análisis de la historia personal, reestructuración cognitiva, resolución de problemas asociados al juego).

En esta etapa el control de estímulos puede atenuarse, permitiendo fomentar el autocontrol.

La reestructuración cognitiva es una parte importante del tratamiento del trastorno por juego (o juego patológico), consiste en identificar y cambiar las creencias y los pensamientos inadecuados o errores cognitivos. En los afectados por el trastorno por juego se dan sesgos cognitivos que facilitan la implicación excesiva en el juego (ilusión de control, pensamiento supersticioso o mágico, percepción errónea del cálculo de probabilidades).

Más concretamente, en los jugadores se dan una serie de distorsiones cognitivas referidas al azar:

- Ilusión de control. Ej.: *tengo un sistema para ganar.*
- Suerte como responsable de los resultados. Ej.: *tengo una suerte especial.*
- Predicciones. Ej.: *ahora va a salir porque cuando salen muchos plátanos...*
- Azar como proceso autocorrectivo. Ej.: *la máquina está caliente... tiene que estar a punto.*
- Perder por poco. Ej.: *Por poco, me estoy acercando...*
- Supersticiones. Ej.: *si echo las monedas de 2 en 2 tengo más probabilidades...*
- Fijación en las frecuencias absolutas. Ej.: *llevo ganadas...*
- Personificación de la máquina. Ej.: *me estás engañando... A ver si se confunde y me da un premio.*

FASE DE MANTENIMIENTO. El objetivo es la prevención de recaídas, mediante el asentamiento de nuevas habilidades, el entrenamiento en prevención de recaídas y la alfabetización emocional.

Técnicas empleadas:

• **Entrenamiento en prevención de recaídas.** Centrada en dotar de habilidades al paciente para identificar situaciones de alto riesgo (ej: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social) y ayudarle a hacerles frente con estrategias de afrontamiento adecuadas. La solución de problemas sigue siendo un enfoque que en esta fase tiene como objetivo abordar la impulsividad y ansia de juego.

Una recuperación duradera implica la adquisición de un nuevo estilo de vida que promueva conductas de ocio e interpersonales incompatibles con la adicción (Marlatt y Gordon, 2005).

Las situaciones precipitantes de recaída en el juego patológico son: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el abuso de alcohol o drogas, el deseo de jugar y la presión social.

Los aspectos más relevantes de la prevención de recaídas que son necesarios trabajar son:

1. Informar sobre cómo se produce el proceso de recaída y en qué consiste el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA). Este efecto consiste en las reacciones afectivas desagradables y cognitivas desadaptativas que disminuyen la motivación para mantenerse abstinentes, o que empujan de nuevo al juego.
2. Aprender a identificar/reevaluar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercarse a la conducta de juego y cómo afrontarlos adecuadamente. Una vez identificadas las situaciones de alto riesgo, se requiere realizar un entrenamiento en habilidades de afrontamiento (asertividad, control del estrés, control de la ira y otras emociones negativas, solución de problemas o habilidades de comunicación). Este entrenamiento es variable y dependerá de las necesidades de cada persona. Por otra parte, cuando surgen dificultades o tentaciones para el jugador, éste tiende a olvidar las motivaciones iniciales para dejar de jugar, así como a sobreestimar las consecuencias positivas a corto plazo del juego y subestimar las negativas, por lo que se hace necesario analizar continuamente los efectos o consecuencias a corto, medio y largo plazo de la conducta de juego, así como recordar los motivos por los que se decidió dejar el juego.
3. Entrenamiento (escenificación, role-playing) de situaciones críticas de recaídas. Para ello se puede trabajar con todo el grupo de terapia o dividir el grupo en subgrupos pequeños.
4. Establecer medidas a poner en práctica en caso de recaída. Por ej.: intentar parar tras el primer episodio de juego; una caída puntual no significa necesariamente haber perdido el control absoluto sobre el juego; intentar aprovechar la situación de recaída como una oportunidad de aprendizaje; llamar a una persona de apoyo o terapeuta.



**ESTUDIO DE UN PROTOCOLO
DE INTERVENCIÓN
COMÓRBIDA EN JUEGO
PATOLÓGICO**

Ana Estévez Gutiérrez.

Profesora Titular de la Universidad de Deusto. Directora del Máster en Psicología General Sanitaria.

Paula Jáuregui Bilbao.

Profesora de la Universidad de Deusto.

Juan José Lamas Alonso.

Director Técnico de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

Como se ha señalado anteriormente, es importante realizar estudios que analicen la comorbilidad del juego con otras conductas adictivas y la sintomatología psicológica disfuncional. La intervención variará según esté asociada la problemática de juego con unas u otras. Por ejemplo, sería diferente el abordaje de un problema de alcohol con sintomatología depresiva o un consumo de cocaína y rasgos más obsesivos. Aunque en ambos casos se trata de un problema de ludopatía, el enfoque de la intervención variará ostensiblemente. Conocer con qué está asociado el juego y el perfil comorbido del mismo es de especial importancia para adecuar los tratamientos. Como consecuencia, este estudio trata de aportar datos de pacientes con problemas de juego que ayuden a desarrollar programas más útiles y eficaces en la intervención de ludopatía.

Para ello, se han analizado variables tanto de adicciones con sustancia (tabaco, alcohol, tranquilizantes, marihuana, hachís, cocaína, speed, éxtasis y LSD), como sin sustancia (uso abusivo de Internet, videojuegos y compra compulsiva) así como sintomatología psicológica disfuncional (hostilidad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide). Los objetivos del estudio han sido los siguientes:



- 1_ Estudiar la incidencia de consumo de sustancias (tabaco, alcohol, tranquilizantes, marihuana, hachís, cocaína, speed, éxtasis y LSD) en personas con diagnóstico de juego patológico.**
- 2_ Estudiar la incidencia de otras adicciones comportamentales (uso abusivo de Internet, videojuegos y compra compulsiva) en personas con diagnóstico de juego patológico.**
- 3_ Estudiar la incidencia de sintomatología psicológica disfuncional en personas con diagnóstico de juego patológico (hostilidad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide).**
- 4_ Estudiar la relación entre el consumo de sustancias, el uso problemático de otras adicciones comportamentales y la sintomatología psicológica disfuncional estudiada en personas con diagnóstico de juego patológico.**

A continuación, en primer lugar se describe la muestra de personas que han participado en este estudio. En segundo lugar, se mostrarán los instrumentos utilizados así como el procedimiento. Seguidamente, se presentarán los resultados obtenidos y algunas conclusiones generales del estudio.

1. MUESTRA

La muestra ha estado compuesta por 401 personas con problemática de juego patológico obtenidas de las diferentes asociaciones integradas en la FEJAR. Se trata de jugadores y jugadoras patológicos/as que han recibido diagnóstico de ludopatía (APA, 2013) por los y las profesionales de la psicología que trabajan dentro de las asociaciones. Todas las personas que han compuesto la muestra han acudido en busca de tratamiento y se encuentran en procesos diferentes de recuperación en las asociaciones a través de las cuales fueron reclutadas para participar en este estudio.

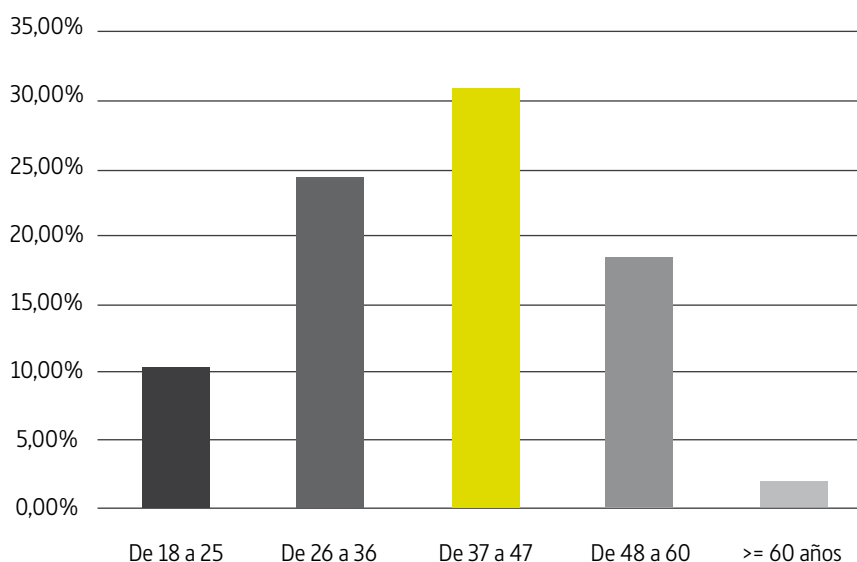
Con respecto del sexo de los/las jugadores/as, el 90,8% (364) son hombres y el 8,2% (33) son mujeres, además de un 1% (4), que no han indicado su sexo. En relación a la edad, la media ha sido de 41,66 ($DT = 13,02$), con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 77 años. Es importante señalar que aunque a las asociaciones han acudido personas menores de edad en busca de tratamiento, para participar en este estudio era necesario que tuvieran 18 años.

La distribución por franjas de edad de la muestra indica que la franja mayoritaria es la correspondiente a 37-47 años, seguida de 48-60, 26-36 y 18-25, mientras que la franja superior a 60 años fue la más minoritaria (Tabla y gráfico 1):

Tabla 1. Frecuencia en función de la franja de edad.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 18 a 25 años	45	11,2%
De 26 a 36	101	25,2%
De 37 a 47	128	31,9%
De 48 a 60	76	19,4%
>= 60 años	12	3%

Gráfico 1. Edad de los participantes.

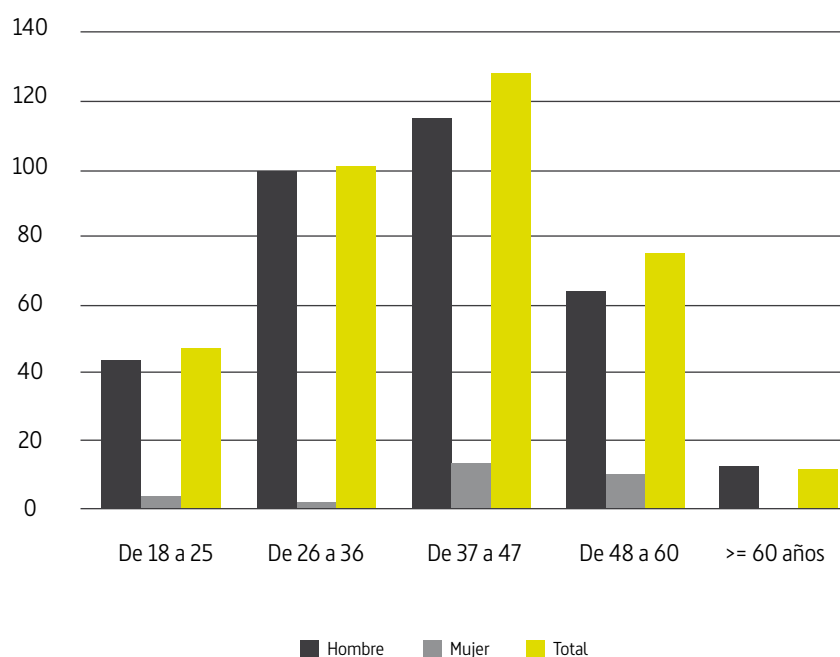


Al analizar la edad de manera disgregada con relación al sexo, se observa lo siguiente (Tabla y gráfico 2): en el caso de los hombres la franja mayoritaria es la de 37-47 años, seguida de 26-36, 48-60, 18-25, y finalmente la de mayores de 60 años; mientras que en el caso de las mujeres, la mayoritaria es la de 37-47, seguida de 48-60, 18-25 y 26-36, mientras que no hubo casos de mujeres con edad superior a 60 años. Como puede verse, la variación de datos existente respecto al análisis realizado sin diferenciar por sexo se debe a los valores perdidos del sexo y de la edad.

Tabla 2. Frecuencia de la franja de edad, en función del sexo.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
De 18 a 25 años	42	3	45
De 26 a 36	100	1	101
De 37 a 47	115	13	128
De 48 a 60	64	11	75
>= 60 años	12	0	11

Gráfico 2. Frecuencia de la franja de edad en función del sexo.



En relación a la pregunta sobre atención psicológica, el 63,8% (256) ha recibido atención psicológica y el 33,7% (135) no ha recibido. El 2,5% (10) no ha señalado nada al respecto. Es importante este dato ya que se trata de personas que han acudido en busca de tratamiento para su problema de ludopatía. Dado que se trata de personas que están en asociaciones que mayoritariamente son grupos de autoayuda, una de las posibles explicaciones es que dentro de su proceso estén en fases previas en las que hayan recibido inicialmente las entrevistas de acogida y/o estén en intervención grupal sin haber tenido sesiones individuales con los profesionales de la psicología.

Con respecto de la pregunta: ¿Has recibido asistencia psiquiátrica?, el 27,9% (112) ha recibido atención psiquiátrica frente al 70,6% (283), que no ha recibido. El 1,5% (6) no ha contestado a esa pregunta.

En relación a la pregunta: ¿Ha recibido algún familiar tuyo asistencia psicológica?, el 40,4% (162) ha respondido que sí, y el 55,6% (223) ha respondido que no. El 0,2% (1) no ha respondido a esta cuestión. Como puede verse a través de los resultados, un porcentaje importante de los familiares han informado de que han recibido asistencia psicológica.

Con respecto de la pregunta: ¿Ha recibido algún familiar tuyo asistencia psiquiátrica?, el 25,9% (104) ha recibido atención psiquiátrica, mientras que el 71,1% (285) ha indicado que no. El 3% (12) no ha respondido esa pregunta.

2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En este apartado se describen brevemente los instrumentos de medida que se han utilizado para la realización de este estudio en el orden de presentación de los mismos en el cuestionario. En primer lugar, se muestran los datos sociodemográficos, seguidos por los datos de consumo de sustancias, conductas impulsivas adictivas que no incluyen sustancias y sintomatología psicológica disfuncional.

Datos sociodemográficos: Se han incluido preguntas relativas al sexo, fecha de nacimiento, y asociación de pertenencia. Asimismo, también se han incluido preguntas respecto a la atención psiquiátrica y psicológica recibida, tanto por el participante como por sus familiares.

Datos de consumo de sustancias. Se han incluido preguntas respecto a la frecuencia del consumo en las siguientes drogas: tabaco, alcohol, tranquilizantes, marihuana, hachís, cocaína, LSD, éxtasis y speed, en un rango comprendido desde “Nunca” hasta “Diariamente”.

Conducta impulsiva. MULTICAGE CAD-4 (Pedrero et al., 2007). Herramienta de screening y valoración de conductas adictivas. Se trata de un instrumento de fácil aplicabilidad en la consulta, con elevada fiabilidad, validez y sensibilidad diagnóstica, que ayudaría en la detección de problemas potencialmente tratables. El MULTICAGE CAD-4 proporciona los siguientes puntos de corte: Inexistencia del problema (Ninguna o una respuesta afirmativa), Posible existencia del problema (Dos respuestas afirmativas), Muy probable existencia del problema (Tres respuestas afirmativas), y Segura existencia del problema (Cuatro respuestas afirmativas). Según los autores, la fiabilidad del instrumento es satisfactoria, con un alfa de Cronbach superior a 0,70 para todas las escalas, y una correlación test-retest adecuada ($r = 0,89$). El análisis factorial exploratorio obtuvo una solución de 8 componentes que se identifican plenamente la estructura propuesta.

En este estudio se utilizaron las subescalas de abuso de Internet, videojuegos y compra compulsiva. Los coeficientes de fiabilidad son/fueron los siguientes: a) Subescala de Internet: alfa de Cronbach de 0,80; b) Subescala de videojuegos: alfa de Cronbach de 0,80; c) Subescala de compras compulsivas: alfa de Cronbach de 0,72.

Sintomatología disfuncional psicológica. Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45; Davison et al., 1997). Es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems. Está compuesto por nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90-R (Derogatis, 2002), pero minimizando el solapamiento entre las mismas. Incluye, por tanto, las siguientes subescalas: ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, hostilidad, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesión-compulsión, ideación paranoide y psicoticismo. El sujeto debe indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 («Nada en absoluto») y 4 («Mucho o extremadamente»). Davison et al. (1997) han aportado evidencia de su fiabilidad y validez utilizando muestras de participantes clínicos y no clínicos. En este estudio se han utilizado las subescalas de hostilidad, somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo con los siguientes coeficientes de fiabilidad respectivamente, medidos con el alfa de Cronbach: 0,85, 0,85, 0,82, 0,81, 0,75 y 0,68, respectivamente.

3. PROCEDIMIENTO

La recogida de información se llevó a cabo a través de carta formal donde se explicaban los objetivos de la investigación y se proporcionaba información general del estudio, de las personas de contacto, de la entidad que lo realizaba y de todos los datos sobre la ética y confidencialidad del mismo.

Este estudio ha sido voluntario y se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de las personas que han participado. En primer lugar, desde la FEJAR se ha enviado una carta explicativa con los objetivos del estudio. Después las asociaciones que han querido participar han avisado a los usuarios de las mismas. Han sido los profesionales de las asociaciones quienes han pasado los cuestionarios. Una vez completados, los han hecho llegar vía postal a FEJAR para que se procedieran a pasar los datos a la base de datos.

Este estudio sigue los procedimientos éticos concordantes con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2016).

a. Resultados del estudio de Comorbilidad

A continuación se presentan en primer lugar los datos relativos al consumo de sustancias, seguidos de otras adicciones comportamentales y de sintomatología psicológica disfuncional.

3.1. DATOS RELATIVOS A CONSUMO DE SUSTANCIAS

3.1.1 CONSUMO DE TABACO.

En relación a consumo de tabaco de los jugadores y jugadoras, a continuación se muestran los datos de frecuencia. Como puede verse el 58,1% (233) fuma todos los días de la semana. Teniendo en cuenta los datos expuestos, el 63,8% (256) de la muestra de jugadores y jugadoras consume tabaco (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia del consumo de tabaco en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	135	33,7%
1 o 2 veces al mes	6	1,5%
4 o 5 veces al mes	4	1%
Pocas veces al mes	4	1%
Pocas veces a la semana	9	2,2%
Diariamente	233	58,1%
Datos perdidos	10	2,5%

Con respecto de la franja de edad, las frecuencias de consumo de tabaco muestran que el consumo de tabaco es mayoritariamente diario en todas las franjas de edad, excepto en el grupo de mayores de 60 años, en el cual las mayores frecuencias se obtuvieron entre los que indican no fumar nunca (Tabla 3.1):

Tabla 3.1. Consumo de tabaco en función de la franja de edad.

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	Pocas veces al mes	Pocas veces a la semana	Diariamente	Total
De 18 a 25	16	1	2	1	1	23	44
De 26 a 36	20	1	2	1	1	25	50
De 37 a 47	53	3	2	3	3	92	156
De 48 a 60	93	6	2	3	6	171	281
>= 60	20	0	1	0	0	14	35

En relación al sexo, los datos también indicarían que las mayores frecuencias se obtendrían entre los que indican fumar diariamente, tanto en hombres como en mujeres (Tabla y 3.2):

Tabla 3.2. Consumo de tabaco por sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	123	10	133
1 o 2 veces al mes	5	1	6
4 o 5 veces al mes	3	1	4
Pocas veces al mes	4	0	4
Pocas veces a la semana	9	0	9
Diariamente	211	20	231
Total	355	32	387

3.1.2 CONSUMO DE ALCOHOL.

Con respecto del consumo de alcohol, el 70,4% (282) bebe alcohol, hallándose en el caso del 7,2% (29) un consumo diario, junto a un 19,7%(79) que indica beber pocas veces a la semana (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia del consumo de alcohol en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	96	23,9%
1 o 2 veces al mes	82	20,4%
4 o 5 veces al mes	41	10,2%
Pocas veces al mes	51	12,7%
Pocas veces a la semana	79	19,7%
Diariamente	29	7,2%
Perdidos	23	5,7%
Total	401	100%

Con respecto de la franja de edad, los datos indican la existencia de un consumo diario en todas las franjas de edad excepto 18-25 años y el grupo de mayores de 60 años, y se ha señalado la existencia de consumo pocas veces a la semana en todas las franjas excepto la de mayores de 60 años (Tabla 4.1):

Tabla 4.1. Consumo de alcohol en función de la franja de edad.

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	Pocas veces al mes	Pocas veces a la semana	Diariamente	Total
De 18 a 25	7	12	11	7	7	0	44
De 26 a 36	12	28	9	13	30	4	96
De 37 a 47	31	19	13	15	28	12	118
De 48 a 60	26	9	6	12	10	8	71
>= 60	4	6	0	1	0	0	11

Con respecto del consumo del alcohol en función del sexo, los datos muestran que la mayoría de las mujeres señalan no consumir alcohol nunca, mientras que en el caso de los hombres se señalan todo tipo de frecuencias, con 27 participantes que indican consumir alcohol diariamente y 77 que indican consumir alcohol pocas veces a la semana (Tabla 4.2):

Tabla 4.2. Consumo de alcohol en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	77	18	95
1 o 2 veces al mes	79	2	81
4 o 5 veces al mes	39	2	41
Pocas veces al mes	49	2	51
Pocas veces a la semana	77	1	78
Diariamente	27	1	28
Total	348	26	374

3.1.3 CONSUMO DE TRANQUILIZANTES.

En relación a los tranquilizantes, en la siguiente tabla se observa que el 12,5% (50) toman tranquilizantes diariamente. También es importante destacar que el 4,4%(18) los consumen de forma esporádica (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia del consumo de tranquilizantes en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	297	74,1%
1 o 2 veces al mes	12	3%
4 o 5 veces al mes	1	0,2%
Pocas veces al mes	3	0,7%
Pocas veces a la semana	2	0,5%
Diariamente	50	12,5%
Perdidos	36	9%
Total	401	100%

Con respecto de la franja de edad, los datos indican la existencia de un consumo diario en todas las franjas de edad, y un consumo esporádico en la mayoría de ellas, tal como se detalla en la tabla 5.1.

Tabla 5.1. Consumo de tranquilizantes en función de la franja de edad.

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	Pocas veces al mes	Pocas veces a la semana	Diariamente	Total
De 18 a 25	43	0	0	0	0	1	44
De 26 a 36	79	3	0	1	0	6	89
De 37 a 47	85	6	0	2	0	20	113
De 48 a 60	55	2	1	0	2	13	73
>= 60	8	1	0	0	0	2	11

Con respecto del consumo de los tranquilizantes en función del sexo, las frecuencias son las siguientes. Como puede verse en los datos las frecuencias para ambos son pequeñas (Tabla 5.2).

Tabla 5.2. Consumo de tranquilizantes en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	278	17	295
1 o 2 veces al mes	10	2	12
4 o 5 veces al mes	1	0	1
Pocas veces al mes	2	0	2
Pocas veces a la semana	2	0	2
Diariamente	41	9	50
Total	334	28	362

3.1.4 CONSUMO DE MARIHUANA.

En relación a la marihuana, en la siguiente tabla se observa que el 2% (8) consumen marihuana diariamente. También es importante destacar que el 6,7% (27) consumen esporádicamente marihuana (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia del consumo de marihuana.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	331	82,5%
1 o 2 veces al mes	12	3%
4 o 5 veces al mes	3	0,7%
Pocas veces al mes	6	1,5%
Pocas veces a la semana	6	1,5%
Diariamente	8	2%
Perdidos	35	8,7%
Total	401	100%

Seguidamente se muestra lo relativo en función de la franja de edad. Se observa un consumo diario de marihuana en todas las franjas de edad excepto en la franja de 18-25 años y la de mayores de 60, y un consumo esporádico en todas ellas (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Consumo de marihuana en función de la franja de edad.

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	Pocas veces al mes	Pocas veces a la semana	Diariamente	Total
De 18 a 25	34	4	2	0	4	0	44
De 26 a 36	80	3	0	5	0	2	90
De 37 a 47	104	5	0	0	2	3	114
De 48 a 60	70	0	0	0	0	1	71
>= 60	9	0	0	1	0	0	10

Con respecto del consumo de la marihuana en función del sexo, se ha hallado que los hombres consumirían marihuana tanto diaria como esporádicamente, mientras que en el caso de las mujeres no se ha encontrado consumo de marihuana (Tabla 6.2):

Tabla 6.2. Consumo de marihuana en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	302	27	329
1 o 2 veces al mes	12	0	12
4 o 5 veces al mes	3	0	3
Pocas veces al mes	5	0	5
Pocas veces a la semana	6	0	6
Diariamente	8	0	8
Total	336	27	363

3.1.5 CONSUMO DE HACHIS.

En relación al consumo de hachís, en la siguiente tabla se observa que el 1,7% (7) de la muestra consume hachís diariamente. También es importante destacar que el 5,9% (24) toman en alguna ocasión hachís (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia del consumo de hachís en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	339	84,5%
1 o 2 veces al mes	6	1,5%
4 o 5 veces al mes	3	0,7%
Pocas veces al mes	4	1%
Pocas veces a la semana	4	1%
Diariamente	7	1,7%
Perdidos	38	9,5%
Total	401	100%

A continuación se muestran los datos referidos al consumo de hachís en función de la franja de edad (Tabla 7.1). Se ha encontrado un consumo diario en todas las franjas de edad excepto en la compuesta por participantes de 18 a 25 años y mayores de 60 años, así como un consumo esporádico en todas ellas.

Tabla 7.1. Consumo de hachís en función de la franja de edad

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	Pocas veces al mes	Pocas veces a la semana	Diariamente	Total
De 18 a 25	38	3	2	0	1	0	44
De 26 a 36	82	0	1	3	1	3	90
De 37 a 47	109	2	0	0	2	1	114
De 48 a 60	67	1	0	1	0	1	70
>= 60	8	0	0	0	0	0	8

Con respecto del consumo del hachís en función del sexo, se ha hallado que los hombres consumirían hachís tanto diaria como esporádicamente, mientras que en el caso de las mujeres no se ha encontrado consumo de hachís (Tabla 7.2):

Tabla 7.2. Consumo de hachís en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	311	26	337
1 o 2 veces al mes	6	0	6
4 o 5 veces al mes	3	0	3
Pocas veces al mes	4	0	4
Pocas veces a la semana	4	0	4
Diariamente	7	0	7
Total	335	26	361

3.1.6 CONSUMO DE COCAÍNA.

En relación al consumo de cocaína, se observa que el 0,2% (1) de la muestra la consume diariamente. También es importante destacar que el 6,3% (26) la consumen esporádicamente (Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia del consumo de cocaína en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	311	84,5%
1 o 2 veces al mes	15	3,7%
4 o 5 veces al mes	3	0,7%
Pocas veces al mes	3	0,7%
Pocas veces a la semana	4	1%
Diariamente	1	0,2%
Datos perdidos	36	9%
Total	401	100%

A continuación se muestran los datos referidos al consumo de cocaína en función de la franja de edad (Tabla 8.1). Se ha encontrado un consumo esporádico en las franjas de edad comprendidas entre los 18-25, 26-36, 37-47 y 48-60 años, y un consumo diario en la franja de edad de 37-47 años.

Tabla 8.1. Consumo de cocaína en función de la franja de edad.

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	Pocas veces al mes	Pocas veces a la semana	Diariamente	Total
De 18 a 25	39	4	1	0	0	0	44
De 26 a 36	83	5	1	1	0	0	90
De 37 a 47	107	5	0	1	2	1	115
De 48 a 60	74	1	0	1	0	0	76
>= 60	38	0	0	0	0	0	38

Con respecto del consumo de la cocaína en función del sexo, se ha hallado que los hombres consumirían cocaína tanto diaria como esporádicamente, mientras que en el caso de las mujeres no se ha encontrado consumo de cocaína (Tabla 8.2).

Tabla 8.2. Consumo de cocaína en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	310	27	337
1 o 2 veces al mes	15	0	15
4 o 5 veces al mes	3	0	3
Pocas veces al mes	3	0	3
Pocas veces a la semana	4	0	4
Diariamente	1	0	1
Total	336	27	363

3.1.7 CONSUMO DE LSD.

En relación al LSD, un 0,2% (1) de la muestra consume de manera esporádica LSD (Tabla 9).¹

Tabla 9. Frecuencia del consumo de LSD en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	362	90,3%
1 o 2 veces al mes	1	0,2%
Perdidos	38	9,5%
Total	401	100%

Con respecto del consumo del LSD en función del sexo, se ha hallado consumo esporádico en el caso de los hombres, mientras que no se ha hallado consumo en el caso de las mujeres (Tabla 9.1).

Tabla 9.1 Consumo de LSD en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	333	27	360
1 o 2 veces al mes	1	0	1
Total	334	27	361

¹ En cuanto a los datos referidos a la franja de edad, no han sido incluidos debido a que no han sido indicados por los participantes que consumen.

3.1.8 CONSUMO DE SPEED.

En relación al consumo de speed, se observa que el 1,5% (6) de los participantes consumen speed puntualmente (Tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia del consumo de speed en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	357	89%
1 o 2 veces al mes	4	1%
4 o 5 veces al mes	2	0,5%
Perdidos	38	9,5%
Total	401	100%

A continuación se muestran los datos referidos al consumo de speed en función de la franja de edad (Tabla 10.1). Se ha encontrado un consumo esporádico en las franjas de edad de 18-25, 26-36 y 37-47 años.

Tabla 10.1. Consumo de speed en función de la franja de edad.

AÑOS	NUNCA	1 o 2 veces	4 o 5 veces	TOTAL
De 18 a 25	41	2	0	43
De 26 a 36	89	1	0	90
De 37 a 47	109	1	1	111
De 48 a 60	76	0	0	76
>= 60	38	0	0	38

Con respecto del consumo del speed en función del sexo, se observa un consumo esporádico en el caso de los hombres, mientras que no se ha hallado consumo en el caso de las mujeres (Tabla 10.2).

Tabla 10.2 Consumo de speed en función del sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Nunca	328	27	355
1 o 2 veces al mes	4	0	4
4 o 5 veces al mes	2	0	2
Total	334	27	361

3.1.9 CONSUMO DE ÉXTASIS.

En relación al consumo de éxtasis, en la siguiente tabla se observa que el 0,2% (¹) de los participantes consume éxtasis 1 ó 2 veces al mes (Tabla 11). Con respecto al sexo, se trató de un participante masculino¹.

Tabla 11. Frecuencia del consumo de éxtasis en jugadores/as.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	359	89,5%
1 o 2 veces al mes	1	0,2%
Perdidos	41	10,2%
Total	401	100%

¹ En cuanto a los datos referidos a la franja de edad, no han sido incluidos debido a que no han sido indicados por los participantes que consumen.

3.2. DATOS RELATIVOS A OTRAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y SINTOMATOLOGÍA DISFUNCIONAL PSICOLÓGICA.

A continuación, se muestran los datos relativos a otras adicciones comportamentales (uso abusivo de Internet, videojuegos y compra compulsiva) y sintomatología disfuncional psicológica (hostilidad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide) presentes en la muestra de jugadores/as. En primer lugar, se muestran los estadísticos descriptivos, incluyendo mínimo, máximo, puntuación media y desviación estándar obtenidos por la muestra de jugadores/as (Tabla 12).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la hostilidad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, uso abusivo de Internet, videojuegos y compra compulsiva.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Hostilidad	361	0	15	2,09	2,69
Somatización	377	0	19	3,94	4,06
Obsesión Compulsión	375	0	20	4,66	4,08
Ideación Paranoide	383	0	17	3,86	3,74
Psicoticismo	382	0	17	3,94	3,62
Abuso Internet	375	0	20	4,66	4,08
Abuso videojuegos	383	0	17	3,86	3,74
Compra compulsiva	382	0	17	3,94	3,62

3.2.1. USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET.

A continuación se muestran todos los datos relativos a la frecuencia del uso problemático de internet. Como puede verse, el 11,5% (46) de los participantes muestra problemas para controlar el impulso de conectarse a Internet y ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado (Tabla 13). De acuerdo a los puntos de corte del MULTICAGE CAD-4, el 42,2% (303) puntúan en el rango de “Inexistencia de problema”, el 6% (43) en “Posible existencia del problema”, el 3,8% (27) en “Muy probable existencia del problema”, y el 3,5% (25) en “Segura existencia del problema”.

Tabla 13. Uso problemático de internet en jugadores/as patológicos/as.

	Frecuencia		Porcentaje		Perdidos		TOTAL
	Si	No	Si	No	Frecuencia	Porcentaje	
¿Dedica más tiempo del que cree que debería a estar conectado a Internet con objetivos distintos a los de su trabajo?	108	289	26,9%	72,1%	4	1%	397
¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica a Internet?	85	313	21,2%	78,1%	3	0,7%	401
¿Le resulta duro permanecer alejado de Internet varios días seguidos?	76	321	19%	80%	4	0,1%	401
¿Tiene problemas para controlar el impulso de conectarse a Internet o ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado?	46	351	11,5%	87,5%	4	1%	401

3.2.2. USO PROBLEMÁTICO DE VIDEOJUEGOS.

Seguidamente se presentan los datos relativos al uso problemático de los videojuegos (Tabla 14). En este sentido, destaca que el 7,2% (29) de la muestra consultada ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con los videojuegos. De acuerdo a los puntos de corte del MULTICAGE CAD-4, el 50,3% (361) puntúan en el rango de “Inexistencia de problema”, el 2,2% (16) en “Posible existencia del problema”, el 1,7% (12) en “Muy probable existencia del problema”, y el 1,1% (8) en “Segura existencia del problema”.

Tabla 15. Uso problemático de videojuegos en jugadores/as patológicos/as.

	Frecuencia		Porcentaje		Perdidos		TOTAL
	Si	No	Si	No	Frecuencia	Porcentaje	
¿Dedica más tiempo del que cree que debería a jugar a la videoconsola o juegos de ordenador?	108	289	26,9%	72,1%	4	1%	397
¿Se queja su familia de que pasa demasiado tiempo jugando con la videoconsola o el ordenador?	85	313	21,2%	78,1%	3	0,7%	401
¿Le cuesta trabajo estar varios días sin usar su videoconsola o sus juegos de ordenador?	76	321	19%	80%	4	0,1%	401
¿Ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con su videoconsola o su ordenador?	46	351	11,5%	87,5%	4	1%	401

3.2.3. COMPRA COMPULSIVA.

A continuación, se presentan los datos relativos a la compra compulsiva (Tabla 16). Como puede verse, los datos muestran puntuaciones cercanas al 50 y 60% de los participantes mostrando problemas referidos a gastos excesivos y a la dificultad de controlar el dinero. De acuerdo a los puntos de corte del MULTICAGE CAD-4, el 22,1% (159) puntúan en el rango de “Inexistencia de problema”, el 9,7% (70) en “Posible existencia del problema”, el 16,7% (120) en “Muy probable existencia del problema”, y el 6,7% (48) en “Segura existencia del problema”.

Tabla 16. Compra compulsiva en jugadores/as patológicos/as.

	Frecuencia		Porcentaje		Perdidos	
	Si	No	Si	No	Frecuencia	Porcentaje
¿Tiene usted dificultades para controlar su impulso de comprar, gastando con frecuencia más dinero del que debería?	93	303	23,2%	75,6%	5	1,2%
¿Ha tenido problemas con sus familiares debido a sus gastos excesivos y su falta de control sobre el dinero?	240	155	59,9%	38,7%	6	1,5%
¿Ha tenido problemas con su banco o con familiares por hacer un uso excesivo de las tarjetas de crédito o por haberse quedado sin fondos debido a gastos incontrolados?	196	200	48,9%	49,9%	5	1,2%
¿Ha intentado sin éxito controlar su dinero y reducir los gastos innecesarios?	212	183	52,9%	45,6%	6	1,5%

3.2.4. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DISFUNCIONALES.

A continuación en las tablas 17-22 se muestran los datos relativos a la hostilidad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo en la muestra de jugadores/as patológicos/as.

3.2.4.1. Hostilidad.

En relación a la hostilidad (Tabla 17), entre el 6,7% (27) y el 18,7% (73) de la muestra ha obtenido puntuaciones entre “Moderadamente” y “Mucho o extremadamente” respecto a la presencia de los síntomas descritos. Destacan “Tener discusiones frecuentes”, con un 18,7% (73) de los participantes comprendidos en dicho rango, seguido de “Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar”, con un 15,5% (61) de los participantes.

Tabla 17. Datos de la frecuencia de síntomas psicológicos disfuncionales en hostilidad.

	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho
Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	236(58,9%)	98(24,4%)	32(8%)	19(4,7%)	10(2,5%)
Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	308(76,8%)	55(13,7%)	14(3,5%)	11(2,7%)	2(0,5%)
Tener ganas de romper algo.	255(63,6%)	94(23,4%)	21(5,2%)	13(3,2%)	7(1,7%)
Tener discusiones frecuentes.	190(47,4%)	128(31,9%)	48(12%)	20(5%)	7(1,7%)
Gritar o tirar cosas.	294(73,3%)	64(16%)	18(4,5%)	14(3,5%)	2(0,5%)

3.2.4.2. Somatización.

En relación a la hostilidad (Tabla 17), entre el 6,7% (27) y el 18,7% (73) de la muestra ha obtenido puntuaciones entre “Moderadamente” y “Mucho o extremadamente” respecto a la presencia de los síntomas descritos. Destacan “Tener discusiones frecuentes”, con un 18,7% (73) de los participantes comprendidos en dicho rango, seguido de “Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar”, con un 15,5% (61) de los participantes.

Tabla 17. Datos de la frecuencia de síntomas psicológicos disfuncionales en hostilidad.

	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
Dolores musculares	131(32,7%)	120(29,9%)	70(17,5%)	53(13%)	22(5,5%)
Sentir calor o frío de repente	279(69,6%)	68(17%)	25(6,2%)	15(3,7%)	6(1,5%)
Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	212(52,9%)	107(26,7%)	40(10%)	25(6,2%)	10(2,5%)
Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	194(48,4%)	111(27,7%)	52(13%)	24(6%)	10(2,5%)
Pesadez en los brazos o en las piernas	218(54,4%)	105(26,2%)	31(7,7%)	26(6,5%)	11(2,7%)

3.2.4.3. Obsesión-compulsión.

En relación a la obsesión-compulsión (Tabla 19), entre el 19% (76) y el 30,4% (122) de la muestra ha obtenido puntuaciones entre “Moderadamente” y “Mucho o extremadamente” respecto a la presencia de los síntomas descritos. Destacan “Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien”, con un 30,4% (122) de los participantes comprendidos en dicho rango, seguido de “Tener dificultades para concentrarse”, con un 27,2% (109) de la muestra.

Tabla 19. Datos de la frecuencia de síntomas psicológicos disfuncionales en obsesión-compulsión.

	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	174(43,4%)	96(23,9%)	77(19,2%)	32(8%)	13(3,2%)
Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	186(46,4%)	130(32,4%)	43(10,7%)	27(6,7%)	9(2,2%)
Tener dificultades para tomar decisiones	158(39,4%)	135(33,7%)	49(12,2%)	39(9,7%)	9(2,2%)
Que se le quede la mente en blanco	180(44,9%)	134(33,4%)	44(11%)	20(5%)	12(3%)
Tener dificultades para concentrarse	156(38,9%)	126(31,4%)	61(15,2%)	34(8,5%)	14(3,5%)

3.2.4.4. Sensibilidad interpersonal.

En relación a la sensibilidad interpersonal (Tabla 20), entre el 14,2% (57) y el 21,9% (88) de la muestra ha obtenido puntuaciones entre “Moderadamente” y “Mucho o extremadamente” respecto a la presencia de los síntomas descritos. Destacan “La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso”, con un 21,9% (88) de los participantes comprendidos en dicho rango, seguido de “Sentirse incómodo cuando la gente le mira o hablar acerca de usted”, con un 20,2% (81) de la muestra.

Tabla 20. Datos de la frecuencia de síntomas psicológicos disfuncionales en sensibilidad.

	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	159(39,7%)	144(35,9%)	50(12,5%)	29(7,2%)	9(2,2%)
La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	198(49,4%)	123(30,7%)	42(10,5%)	26(6,5%)	7(1,7%)
Sentirse inferior a los demás	232 (57,9%)	91(22,7%)	35(8,7%)	30(7,5%)	10(2,5%)
Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	204(50,9%)	106(26,4%)	43(10,7%)	30(7,5%)	8(2%)
Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	234(58,4%)	103(25,7%)	34(8,5%)	20(5%)	3(0,7%)



En el estudio realizado aparecen puntuaciones significativas en los síntomas psicológicos disfuncionales.

3.2.4.5. Ideación paranoide.

En relación a la ideación paranoide (Tabla 21), entre el 8,2% (33) y el 32% (128) de la muestra ha obtenido puntuaciones entre “Moderadamente” y “Mucho o extremadamente” respecto a la presencia de los síntomas descritos. Destacan “La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas”, con un 32% (128) de los participantes comprendidos en dicho rango, seguido de “El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros”, con un 25.7% (103) de la muestra.

Tabla 21. Datos de la frecuencia de síntomas psicológicos disfuncionales en ideación paranoide.

	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	293(73,1%)	69(17,2%)	17(4,2%)	12(3%)	4(1%)
La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	149(37,2%)	118(29,4%)	70(17,5%)	48(12%)	10(2,5%)
Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	235(58,6%)	90(22,4%)	39(9,7%)	23(5,7%)	9(2,2%)
El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	161(40,1%)	125(31,2%)	64(16%)	34(8,5%)	5(1,2%)
La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	219(54,6%)	91(22,7%)	37(9,2%)	34(8,5%)	13(3,2%)

3.2.4.6. Psicoticismo.

En relación al psicoticismo (Tabla 21), entre el 2.9% (12) y el 16.9% (68) de la muestra ha obtenido puntuaciones entre “Moderadamente” y “Mucho o extremadamente” respecto a la presencia de los síntomas descritos. Destacan “La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados”, con un 16.9% (68) de los participantes comprendidos en dicho rango, seguido de “Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos”, con un 12.4% (50) de la muestra.

Tabla 22. Datos de la frecuencia de síntomas psicológicos disfuncionales en psicoticismo.

	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	298(74,3%)	54(13,5%)	22(5,5%)	18(4,5%)	3(0,7%)
Oír voces que otras personas no oyen	362(90,3%)	19(4,7%)	5(1,2%)	4(1%)	3(0,7%)
Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	253(63,1%)	88(21,9%)	27(6,7%)	19(4,7%)	4(1%)
Tener pensamientos que no son suyos	294(73,3%)	62(15,5%)	14(3,5%)	14(3,5%)	3(0,7%)
La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	230(57,4%)	81(20,2%)	38(9,5%)	21(5,2%)	9(2,2%)

3.3. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.

A continuación se muestran las correlaciones entre las variables del estudio. Los resultados indican que habría relación entre las adicciones comportamentales y la presencia de sintomatología psicológica disfuncional (Tabla 23) en la muestra de jugadores/as, destacando la compra compulsiva, así como en el caso de las adicciones con sustancia (Tabla 24), destacando la marihuana, el hachís, y los tranquilizantes. Asimismo, se muestran las correlaciones de las adicciones incluidas en el estudio (adicciones comportamentales y adicciones con sustancia; Tabla 25). En este sentido, han destacado las correlaciones entre las adicciones comportamentales entre sí, destacando la correlación entre Internet y videojuegos; y entre las adicciones con sustancia entre sí, destacando las siguientes: tabaco y alcohol entre sí y con marihuana, hachís y cocaína; tabaco y tranquilizantes; alcohol y otras drogas; y entre marihuana, hachís, cocaína, LSD, speed y éxtasis entre sí. Además, la compra compulsiva se ha relacionado con tabaco, alcohol, marihuana, hachís, cocaína y otras drogas.

Tabla 23. Correlación entre las adicciones comportamentales y la sintomatología psicológica.

	INTERNET	COMPRA COMPULSIVA	VIDEOJUEGOS
1.Psicoticismo	0,15**	0,23**	0,01
2.Hostilidad	0,20**	0,22**	0,09
3.Somatización	0,02	0,12*	0,03
4.Obsesión- compulsión	0,15**	0,20**	0,05
5.Sensibilidad interpersonal	0,17**	0,24**	0,03
6.Ideación paranoide	0,21**	0,24**	0,03

**p<.01 *p<.05

Tabla 24. Correlación entre las adicciones con sustancia y la sintomatología psicológica.

	MARIHUANA	HACHÍS	TRANQUILIZANTES
Psicoticismo	0,06	0,07	0,06
Hostilidad	0,11*	0,07	0,09
Somatización	0,13*	0,13*	0,28**
Obsesión- compulsión	0,11*	0,12*	0,21**
Sensibilidad interpersonal	0,13*	0,05	0,19**
Ideación paranoide	0,16**	0,18**	0,15**

**p<.01 *p<.05

Nota: sólo se incluyen los datos relativos a marihuana, hachís y tranquilizantes debido a que son las adicciones con sustancia que obtuvieron correlaciones significativas.

Tabla 25. Correlación entre las adicciones incluidas en el estudio (con sustancia y comportamentales).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Internet	1	0,50**	0,26**	0,05	-0,06	0,03	-0,09	-0,09	-0,001	0,04	-0,03	0,04	-0,07
2. Videojuegos		1	0,20**	-0,10*	-0,03	0,04	-0,03	-0,08	-0,03	0,02	-0,002	0,02	-0,07
3. Compra compulsiva			1	-0,14**	-0,11*	-0,07	-0,17**	-0,13*	-0,12*	0,07	-0,02	0,07	-0,18**
4. Tabaco				1	0,23**	0,12*	0,18**	0,18**	0,16**	0,04	0,09	0,04	0,04
5. Alcohol					1	-0,10	0,12*	0,13*	0,20**	0,09	0,08	0,09	-0,14*
6. Tranquilizantes						1	0,06	0,05	0,05	.c	-0,04	.c	0,11
7. Marihuana							1	0,72**	0,48**	0,29**	0,32**	0,29**	-0,05
8. Hachís								1	0,47**	0,34**	0,29**	0,34**	-0,04
9. Cocaína									1	0,37**	0,31**	0,37**	-0,03
10. LSD										1	0,60**	1,00**	.c
11. Speed											1	0,60**	-0,01
12. Éxtasis												1	.c
13. Otras													1

**p<0,01, *p<0,05, c Datos que no han podido ser calculados por ser constante al menos una de las dos variables.

4. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, en relación al consumo de sustancias en jugadores y jugadoras patológicas, como ha podido verse, los resultados han mostrado que más de la mitad de los jugadores y jugadoras consumen tabaco diariamente, independientemente de la edad y del sexo.

El consumo de alcohol también es una problemática muy importante con porcentajes muy elevados de consumo siendo, a excepción de los menores de 25 y mayores de 60, los datos muy elevados a nivel de consumo diario. En este caso, no está equiparada la problemática en las mujeres y no tienen consumos elevados.

En relación a los tranquilizantes, los resultados han mostrado puntuaciones de alrededor del 12% en consumo diario siendo los datos generales balanceados en función de la edad y del sexo.

El consumo marihuana y el del hachís está bastante equiparado dándose consumos del 8,7 y 5,9, respectivamente incluyendo todas las frecuencias, siendo más prevalente en hombres que en mujeres.

En relación al consumo de cocaína, los datos han mostrado que no sucede en el caso de las mujeres jugadoras de esta muestra y que, entre los hombres, un porcentaje del 6,3% lo hace de manera esporádica, siendo la franja donde se da un uso mayor en la de 37-48 años.

El consumo de LSD, speed y éxtasis se da en niveles muy bajos y de manera esporádica siendo ausente en mujeres jugadoras.

Estos resultados van en la misma línea de otros estudios que han mostrado que el juego patológico es una adicción comportamental que está especialmente asociada al consumo de drogas y alcohol (Barnes, Welte, Tidwell, y Hoffman, 2015; Griffiths, Wardle, Orford, Sproston, y Erens, 2011; Petry, 2007), siendo como en este caso, el consumo de alcohol de las sustancias más prevalentes (Stewart, McWilliams, Blackburn, y Klein, 2002).

En segundo lugar, el objetivo era estudiar la incidencia de uso problemático de otras adicciones comportamentales en personas con diagnóstico de juego patológico. Los resultados han mostrado que, aunque la mayor parte de los participantes no mostraron otras adicciones comportamentales comórbidas, existe un porcentaje reseñable en los que sí se ha encontrado comorbilidad de ambos tipos de adicción. Se han hallado porcentajes de participantes con un posible problema de entre el 5% en el caso de videojuegos y el 33,1% en el caso de compra compulsiva. Estos datos indican la importancia de evaluar la presencia de distintas adicciones comportamentales en personas con juego patológico, debido a la posible existencia de comorbilidad entre las mismas. El cambio en el perfil prototípico de jugador patológico, que responde a un perfil de menor edad y con mayor presencia de juego online (Castilla, Berdullas, De Vicente, y Villamarín, 2013), así como la reciente expansión de las distintas adicciones comportamentales, que tienen una presencia cada vez mayor en jóvenes y adolescentes (Yau y Potenza, 2015), señalan la necesidad de considerar la coexistencia entre los distintos tipos de adicción de cara a poder ofrecer un tratamiento integral, que responda a las necesidades y a los distintos perfiles de las personas atendidas.

En tercer lugar, en relación a la presencia de sintomatología psicológica disfuncional, los datos confirman también la presencia de sintomatología comórbida a nivel de hostilidad, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, y psicoticismo. La alta presencia de sintomatología comórbida pone de manifiesto la necesidad de evaluación y tratamiento en este sentido, especialmente teniendo en cuenta los resultados obtenidos acerca de la relación entre las variables del estudio, que muestran que tanto Internet como la compra compulsiva, así como la marihuana, el hachís y los tranquilizantes, están relacionados con la presencia de sintomatología psicológica comórbida. Estos datos son especialmente relevantes, teniendo en cuenta que la presencia de trastornos psicológicos comórbidos se relacionaría con una problemática de mayor gravedad en jugadores patológicos (el-Guebaly et al., 2006). De hecho, la comorbilidad del juego patológico con otros trastornos psiquiátricos es mayor en el caso de las personas que presentan un trastorno de juego comórbido a adicciones con sustancia (Abdollahnejad, Delfabbro, y Denson, 2014). Todo ello indica la importancia de una evaluación global, que incluya también la sintomatología psicológica, dado que todos los tipos de problemáticas psicológicas incluidas en este estudio muestran alta comorbilidad y relación entre sí, y podrían tener efectos sumativos entre sí.

En cuanto a la relación entre los distintos tipos de adicciones, los resultados sugieren distintas tendencias: por un lado, destacan las correlaciones entre las adicciones comportamentales entre sí; por otro lado, en cuanto a las adicciones con sustancia, se observa correlación de alcohol y tabaco con drogas como marihuana, hachís y cocaína, y por otra parte, correlación entre la marihuana, hachís y cocaína con drogas como speed, LSD y éxtasis. Es importante resaltar también que la marihuana y el hachís son las adicciones con sustancia que muestran relación tanto con un mayor número de adicciones con sustancia como con la sintomatología psicológica disfuncional. En cuanto a las adicciones comportamentales, tanto Internet como las compras compulsivas muestran relación con la sintomatología psicológica, aunque es la compra compulsiva la que guarda mayor relación con la presencia de comorbilidad de adicciones con sustancia. Estos resultados sugieren que podría haber distintos perfiles en cuanto a la comorbilidad de las adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia, que convendría analizar en mayor detalle. Se atisba la posible existencia de distintos perfiles de policonsumo en las adicciones con sustancia, así como la posible existencia de poliadicciones a nivel comportamental, que no se relacionaría con la presencia de consumo de sustancias (excepto en el caso de las compras compulsivas). Además, ciertos tipos de adicción muestran mayor relación con la sintomatología psicológica disfuncional comórbida. Por tanto, es conveniente analizar estos fenómenos en mayor detalle, e incluirlos en la valoración de la comorbilidad del juego patológico.

Este estudio no está exento de limitaciones. Es importante tener en cuenta que se trata de jugadores y jugadoras que han buscado atención para su problemática y que acuden a centros de tratamiento principalmente estructurados por grupos de autoayuda lo que podría hablar también de un perfil de jugador o jugadora. Asimismo, se trata de medidas cuantitativas de autoinforme con una muestra muy concreta. Por ello, es necesario seguir haciendo más estudios con muestras más elevadas que profundicen en el análisis de las frecuencias de consumo y que permitan análisis más pormenorizados de las conductas adictivas.

A pesar de ello, como puede verse, los datos muestran que se trata de una problemática que está asociada con otros síntomas y también con otras adicciones. Tal y como se ha señalado previamente, será importante seguir realizando estudios que ayuden a conocer en profundidad las características específicas del trastorno de juego y, en la medida de lo posible, ahondar en los diferentes perfiles por edades y en función del sexo que sirvan para ayudar en la mejor y el avance de los tratamientos de una realidad que ha cambiado durante estos últimos años.

> BIBLIOGRAFÍA

Abdollahnejad, R., Delfabbro, P., & Denson, L. (2014). Psychiatric co-morbidity in problem and pathological gamblers: Investigating the confounding influence of alcohol use disorder. *Addictive behaviors*, 39(3), 566-572.

Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M. C. O., & Hoffman, J. H. (2015). Gambling and substance use: co-occurrence among adults in a recent general population study in the United States. *International gambling studies*, 15(1), 55-71.

Castilla, C., Berdullas, S., Vicente, A., & Villamarín, S. (2013). Apuestas online: El nuevo desafío del juego patológico. *Infocop*, 61, 3-6.

Davison, M. K., Bershady, B., Beiber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.

Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems [SCL-90-5. 90 items questionnaire]*. Madrid: TEA Ediciones.

el-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., y Jian Li, W. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 275-287.

Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., & Erens, B. (2011). Internet gambling, health, smoking and alcohol use: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(1), 1-11.

Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Monje, M. T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M., & Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos del control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269-278.

Petry, N. M. (2007). Gambling and substance use disorders: Current status and future directions. *American Journal on Addictions*, 16(1), 1-9.

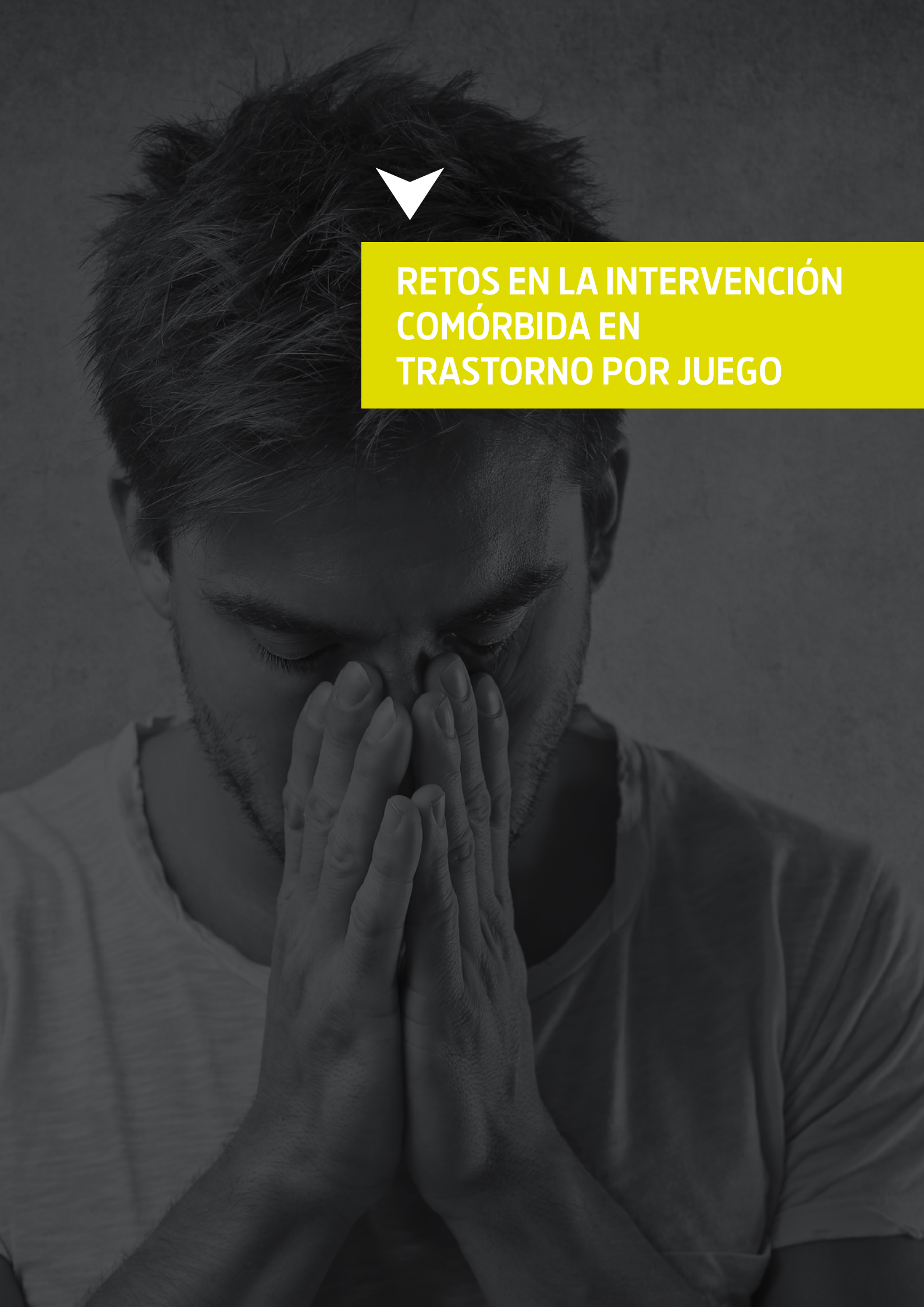
Stewart, S. H., McWilliams, L. A., Blackburn, J. R., & Klein, R. (2002). A laboratory-based investigation of the influence of video lottery terminal (VLT) play on mood and alcohol consumption among regular VLT players. *Addictive Behaviors*, 27, 819-835.

Yau, M. Y. H., y Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134-146.

World Medical Association (WMA). *International Code of Medical Ethics* [Internet]. London: WMA; 1949 [updated October 2006; cited 19 Jul 2016].



RETOS EN LA INTERVENCIÓN COMÓRBIDA EN TRASTORNO POR JUEGO



Rosana Santolaria Gómez.

Psicóloga Sanitaria. Coordinadora del Departamento de Psicología de FEJAR y Responsable de Terapia Online de FEJAR.

Juan José Lamas Alonso.

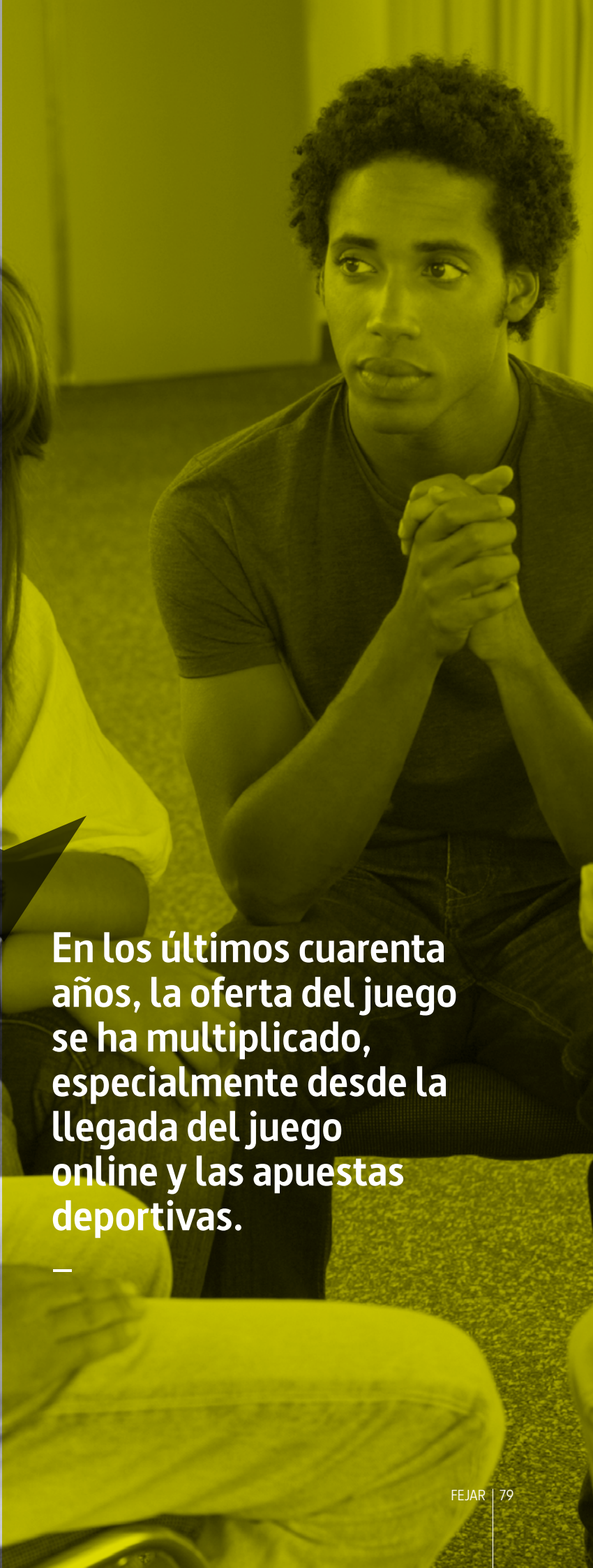
Director Técnico de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

El juego de azar existe desde muy antiguo, con la finalidad de crear diversión. Los primeros dados de 6 caras encontrados se remontan a los egipcios hacia el año 2000 a.C., y en China, hacia el año 3000 a.C., ya apostaban por dinero o diversión. En la Europa de la Edad Media, los juegos de azar más complejos se reservaban a la nobleza, quien poseía mayor tiempo y dinero para gastar. En España el juego se legalizó en 1977, mediante real decreto-ley publicado en el BOE del 7 de marzo.

Sin embargo, no es hasta 1980 cuando el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)-III considera, por primera vez, el juego patológico como un trastorno, dentro de los trastornos del control de los impulsos. De igual forma se siguió considerando en el DSM-IV y su versión revisada, hasta que el actual DSM-V (publicado en 2013) pasa a denominarlo “Trastorno por Juego” y lo considera un trastorno adictivo no relacionado con sustancias.

En 1991 se constituye FEJAR, integrando varias asociaciones de rehabilitación de ludópatas existentes en el momento por todo el territorio nacional. Sus asociaciones integrantes tenían un objetivo común: conseguir la rehabilitación de sus jugadores patológicos. Y aunque cada asociación siempre ha tenido su propia idiosincrasia y ha trabajado de forma independiente (dando mayor o menor cabida a la ayuda profesional de psicólogos, trabajadores sociales, abogados, médicos, etc.), todas compartían unas premisas básicas:

- ▶ La rehabilitación del jugador se consigue mediante la abstinencia permanente a todo tipo de juegos de azar, modificando durante el proceso otras conductas, pensamientos y creencias desadaptativas para el jugador y adquiriendo o recuperando un estilo de vida más sano.
- ▶ El control de la abstinencia se conseguía principalmente mediante el control de estímulos: salir con el mínimo dinero imprescindible y justificar cualquier gasto con tickets, evitar o dar rodeo a las zonas (bares o puntos de venta de loterías) donde habitualmente se jugaba, autoprohibición de juego en bingos y casinos, etc.
- ▶ El tratamiento inexcusable y de base para los jugadores en todas las asociaciones eran las terapias de grupo de autoayuda y ayuda mutua (en muchos casos moderadas por jugadores rehabilitados y a veces formados como monitores).
- ▶ Todos los jugadores patológicos eran considerados igual: enfermos, dependientes del juego; y el abordaje de su trastorno era igual para todos... prácticamente mismas pautas y misma terapia para todos los jugadores patológicos.



En los últimos cuarenta años, la oferta del juego se ha multiplicado, especialmente desde la llegada del juego online y las apuestas deportivas.

Pero vivimos en una sociedad globalizada y un mundo rápidamente cambiante, especialmente por el avance de las tecnologías de la información y la comunicación. En estos cuarenta años desde la legalización del juego en nuestro país la oferta de opciones de juego se ha multiplicado, especialmente desde la llegada del juego online y la legalización de las apuestas deportivas. Estas nuevas modalidades de juego, impensables en la época de la invención de los dados, junto con los nuevos modelos de familia, de trabajo, etc., han dado lugar a una gran diversidad entre jugadores, comprendiendo los técnicos y profesionales que trabajamos en las distintas asociaciones de FEJAR, así como académicos y profesionales de instituciones sanitarias, que en la actualidad no podemos continuar tratando a cada jugador desde el enfoque hoy reduccionista de: “Me llamo X... y soy ludópata...” (si bien hace 25 años resultó una fórmula muy eficaz). En la actualidad detectamos que cada nuevo jugador que acude a nuestros centros en busca de ayuda presenta una idiosincrasia que le hace único, y como tal debemos enfocar su tratamiento, sin que este abordaje más personalizado y a veces “a medida” resulte incompatible en la mayoría de casos con las terapias de grupo de autoayuda que tan eficaces han resultado en las últimas décadas.

Por ejemplo, la modalidad de juego online, a pesar de su corta historia, ha revolucionado y cambiado la dinámica de juego; así mismo, las características del juego, la población diana y las consecuencias del juego, también han variado. El juego online ha conquistado a una población mayoritariamente joven, a veces muy joven. El reciente DSM-V incluye, por fin, y con criterio más adecuado, el trastorno por juego (en sus versiones anteriores denominado juego patológico) dentro de los trastornos adictivos; sin embargo, la anterior versión del DSM incluía el “juego patológico” como un trastorno del control de los impulsos. Y esto es así porque un importante porcentaje de dependientes del juego tienen asociado un problema en el control de los impulsos. Y en las personas que presentan dificultad en el control de sus impulsos, un factor añadido de riesgo es la edad, puesto que por regla general, a menor edad, menor control de impulsos. Por tanto, atendiendo a esta característica, nos encontramos con que un grupo de principal riesgo de adicción al juego online es la población joven. A este hecho, hay que sumar otro factor problemático: dicha población joven, que tan fácilmente acaba dependiendo de esta modalidad de juego, es una población en la mayoría de casos sin recursos económicos (estudiantes o jóvenes sin trabajo: no olvidemos que en la actualidad la tasa más elevada de desempleo se da en este grupo de edad joven). Por tanto estamos ante un grupo de población de alto riesgo de endeudamiento rápido, y que a menudo pone en riesgo los recursos familiares. Por otra parte, debemos tomar en consideración el hecho de que en un importante porcentaje de casos, estos jóvenes adictos al juego padecerán patología dual (trastorno por juego y otro trastorno mental).

En nuestro reciente curso “**Comorbilidad y Tratamiento. Juego patológico y consumo de otras sustancias**” celebrado en Fuenlabrada (Madrid), Susana Jiménez Murcia, Coordinadora de la Unidad de Juego Patológico del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), expuso:



- » La comorbilidad es un tema de interés destacado en el TJ, habiéndose publicado casi 500 estudios, en revistas peer review con FI. Solo en 2016 se publicaron 33 artículos, especialmente relacionados con TDAH, trastornos por uso de sustancias (TUS), trastornos afectivos y de ansiedad (PubMed).
- » El 96.3% de las personas afectadas por un TJ presentarán algún trastorno comórbido a lo largo de la vida, siendo frecuente la presencia de 3, lo que se conoce como multimorbilidad (Kessler et al., 2008).





A conclusiones muy similares llegaron diversos expertos durante las II Jornadas de Adicciones Comportamentales y Patología Dual, organizadas por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), la Fundación Patología Dual y el Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *“De entre todas las adicciones comportamentales, la adicción al juego es la que cursa con más frecuencia con otros trastornos mentales, en concreto, en un 96 por ciento de los casos”, según el presidente de la Fundación Patología Dual, Néstor Szerman. “...la prevalencia en adultos del juego patológico se sitúa en torno al 1 ó el 2 por ciento, mientras que en adolescentes las cifras aumentan al 3 al 8 por ciento. En este sentido, los expertos han avisado de que la modalidad de juego ‘on line’ cumple con “todos los requisitos para ser altamente adictiva”, todavía más que el juego presencial, por la estimulación visual, la posibilidad de jugar en solitario y con cuantía de apuestas baja, la disponibilidad y accesibilidad 24 horas y la privacidad. Los jugadores patológicos adultos juegan más que los jóvenes a la lotería o tragaperras, mientras que los jóvenes juegan más a las apuestas deportivas y póquer ‘on line’. Por tanto, las nuevas modalidades de juego por Internet se dirigen especialmente al colectivo joven, y las enfermedades que se asocian más frecuentemente a estas adicciones son la fobia social, el TDAH, el trastorno obsesivo compulsivo, la personalidad límite y la psicosis”, recalca Szerman.*

Estas declaraciones han sido corroboradas por el jefe de servicio de Psiquiatría B. del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Francisco Ferre, quien ha avisado de que las adicciones comportamentales están siendo “muy frecuentes” en jóvenes que sufren TDAH.

En esta misma línea, desde la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), afirman, en el marco del I Congreso Mundial de la World Association of Dual Disorders (WADD) y el V Congreso Internacional de la SEPD (2017): “La adicción al juego, también llamada adicción comportamental, es entre dos y cuatro veces más frecuente en jóvenes de 12 y 17 años que en adultos (...) con un riesgo añadido en esos adolescentes del 10 o el 14 por ciento de desarrollar una adicción al juego en la vida adulta. Para padecer una adicción de este tipo debe existir una vulnerabilidad individual, dándose la patología dual (...) siendo lo más frecuente (...) trastornos afectivos y/o de ansiedad, síntomas obsesivos compulsivos y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

De igual modo el juego online ha supuesto una liberación para el público femenino, que tradicionalmente ha tendido a la búsqueda de la privacidad en el juego más que el hombre (al igual que la mujer alcohólica bebe más frecuentemente en solitario mientras que el hombre lo hace más en sociedad). Y los operadores de juego, conocedores de las necesidades de la mujer en este sentido, tratan de captar a este público, utilizando, por ejemplo, personajes célebres de la prensa rosa en su publicidad, especialmente en aquellos juegos que presencialmente ya eran más atractivos para la mujer (ej: bingos).

De hecho, investigaciones recientes sobre la psicología del consumidor, detectan el fenómeno que se ha llamado efecto de “mera exposición”, consistente en que *“el hecho de escuchar el nombre de una marca, por una sola vez, fue suficiente para posteriormente incrementar su percepción de solidez (holden & Vanhuele, 1999). El efecto de la mera exposición también se ha documentado en Internet: la breve exposición a anuncios publicitarios dejó huellas en la memoria incluso cuando los participantes reportaban haber “olvidado” las imágenes (Pêtre, 2005). En esta línea, existe evidencia de que la fluidez con que se procesa la información tiene un efecto positivo tanto en la preferencia por nuevos productos (Brakus, Schmitt y Zhang, 2014) como en la elección de compra (Hermann, Zidansek, Sprött y Spangenberg, 2013)”*. Papeles del Psicólogo, 2017. Vol. 38, pág. 75.



La publicidad sobre juego resulta especialmente agresiva para las personas vulnerables. En el caso de la población diana femenina la publicidad de bingo online, por ejemplo, se introduce en un horario de “*prime time*”, mientras que la publicidad de apuestas deportivas se presenta durante los partidos (fútbol, tenis, etc.) que a menudo están visualizando cientos de miles de personas, tratándose en muchos casos de menores o personas con alta vulnerabilidad por padecer otro/s trastorno/s mental/es asociado/s.

En el caso de las apuestas deportivas, por tanto, los afectados por trastorno por juego se enfrentan a una dificultad o limitación añadida. Antes de que se legalizase el juego online, podía ser una medida alternativa a las apuestas el dedicar tiempo de ocio a visualizar partidos de fútbol u otros deportes (tan sólo podía generar problemas a los apostantes de quinielas, a quienes resultaba especialmente difícil separar el interés puramente deportivo del resultado según las apuestas que ellos habrían realizado si pudiesen jugar). En la actualidad, el jugador en rehabilitación, especialmente si ha sido jugador de apuestas deportivas, a menudo tiene que renunciar a seguir muchos eventos deportivos porque durante los partidos la publicidad de apuestas es una constante, instaurándose en el jugador trastornos de ansiedad y deseo irrefrenable de jugar, sintiendo gran impulso de apostar, algo accesible sin moverse del asiento.

Por otra parte, el juego online ofrece una enorme variedad de oferta de apuestas además de estar disponible todos los días del año, durante las 24 horas, y en cualquier lugar, siendo sólo necesario un dispositivo con acceso a Internet. Hoy día cualquier persona tiene acceso a un casino o bingo online, mientras que anteriormente tanto los bingos como los casinos presenciales estaban muy localizados y fuera del alcance físico de muchas personas, teniendo el jugador que planificar mucho más su juego por la distancia, el tiempo invertido en desplazarse hasta el casino más próximo, por ej. Es decir, en la actualidad el ludópata no necesita ausentarse de su trabajo o de su hogar, sólo necesita disponer de acceso a internet y una tarjeta de crédito, que, lamentablemente por ahora, los sistemas online aún no son lo suficientemente inteligentes para detectar que la persona que está utilizando una tarjeta de crédito es efectivamente, la titular de la misma. Esta es una de las razones por las que personas que voluntariamente han solicitado su autoprohibición en el Registro de Interdicciones, pueden acceder a juego online si se lo proponen.

Dependiendo del tipo de juego en el que se apueste, el resultado es inmediato, por lo que el jugador se mete en una espiral complicada en la que apuesta grandes cantidades de dinero (aunque la apuesta inicial sea pequeña) en muy poco tiempo.

Todas estas razones explican que la progresión de la adicción en el caso del juego online es mucho más rápida que en otro tipo de juegos presenciales o más tradicionales. Es decir: los jugadores son cada vez más jóvenes, cuando las jugadas se suceden rápido se acaba apostando grandes cantidades económicas, lo que lleva al tradicional círculo de jugar para recuperar pérdidas... desencadenándose una progresión al trastorno por juego desde el inicio de las apuestas en un lapso de tiempo muy breve, mucho más corto que en otro tipo de juegos. Como ya se ha expuesto más arriba, el 96,3% de adictos al juego presentarán otro trastorno mental en su vida, lo que empeora el pronóstico de su rehabilitación.

Cuando aludimos a que los modelos de jugadores y sus circunstancias vitales han cambiado, hacemos referencia, por ejemplo, a:

LA MUJER

A pesar de los esfuerzos de la sociedad en general y en nuestro país en particular, porque la mujer cada vez adquiera mayor grado igualdad y de autonomía económica, la realidad es que resultan un porcentaje mínimo las mujeres que llegan pidiendo ayuda a las asociaciones de ludópatas (representan el 10% en el mejor de los casos cuando el porcentaje de mujeres que tienen problemas con el juego es superior), y cuando solicitan dicha ayuda se encuentran con grupos de terapia altamente heterogéneos para ellas (mayoría varones) además de acudir con escaso y/o muchas veces nulo apoyo socio-familiar.

Es decir, que la intervención tradicionalmente ha estado enfocada a perfiles de jugadores que mayoritariamente han sido varones y que llegan en la mayoría de casos acompañados por familiares, especialmente sus parejas femeninas que han asumido, una vez más, el rol que histórica y culturalmente se les ha asignado: el de cuidadoras. En el caso de las asociaciones, el rol que adquieren es el de co-terapeutas.

Además (y así se expuso en el reciente “Curso de Comorbilidad y Tratamiento. Juego Patológico y Consumo de Otras Sustancias”) la mujer presenta una comorbilidad distinta al hombre en el juego patológico y otro/s trastorno/s asociado/s:

- * Los **trastornos afectivos** que presenta la mujer jugadora suelen preceder al trastorno por juego. Es decir, existe un trastorno depresivo o síndrome afectivo que lleva a la mujer a refugiarse en el juego como escape a sus problemas vitales reales o percibidos. Por el contrario, en el varón los trastornos afectivos se instauran más frecuentemente como consecuencia de los problemas generados por el trastorno por juego.

- * La mujer en la terapia de grupo de autoayuda facilita la **expresión emocional** al resto de participantes mayoritariamente hombres. Esto no se da en sentido bidireccional, por lo que planteamos por esta y otras razones (como la soledad en el tratamiento) ofrecer para la mujer jugadora un tratamiento más individualizado (llevado a cabo por profesionales si fuese necesario), especialmente en los centros que no dispongan de un número mínimo para poder crear un grupo de terapia femenino o mixto pero al menos más homogéneo.

- * Así mismo, también resulta importante valorar el riesgo de **violencia de género** que puede existir detrás de cada caso de mujer con trastorno por juego (y en consecuencia otros trastornos mentales derivados de la misma, como trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo o cualquier otro tipo de trastorno afectivo). Especialmente vulnerables resultan las mujeres que no realizan trabajos remunerados y cuya importante contribución a la economía familiar no es reconocida por sus parejas y, lo más lamentable, a menudo ni siquiera por sí mismas. Este aspecto tan delicado y vital en la construcción de la autoestima de la mujer también debería ser tenido en cuenta en el proceso de rehabilitación y abordarse de forma individualizada (si se trata de una mujer en riesgo, difícilmente lo va a expresar en una terapia grupal mayoritariamente masculina).

- * Con respecto a la mujer jugadora y **otras adicciones**, en el estudio realizado con pacientes de nuestras asociaciones también se extraen diferencias con respecto al género masculino: en el caso de la mujer jugadora no coexiste juego con otras drogas ilegales; sí, en cambio, con el tabaco, el alcohol y los tranquilizantes.

- * Especial atención habría que dedicar a la franja de **edad** en que mayoritariamente presenta la mujer problemas con el juego (la mayoría entre los 37 y 59 años) frente al hombre que inicia los problemas en una franja de edad más temprana (entre 26 y 47 años la mayoría). Datos que sugieren aún mayor heterogeneidad para incluir a la mujer en las terapias de grupo. La mujer entre los 37 y 59 años se encuentra en la etapa vital de mayor carga: debe afrontar múltiples responsabilidades que todavía asume la mujer en un porcentaje superior al hombre: hogar, hijos, ascendientes dependientes, etc., que además debe compatibilizar con el trabajo fuera de casa. Este es por tanto otro aspecto que deberemos considerar en el futuro inmediato en el tratamiento del trastorno por juego en la mujer.

* La mujer en el juego, al igual que en el alcohol, busca **mayor privacidad** (aunque paradójicamente, a pesar de buscar la privacidad, muestra una preferencia por el juego más social: juego colaborativo, online), por lo que el juego online supone una modalidad de especial riesgo para esta población, y probablemente pueda explicar, al menos en parte, el pequeño pico de mujer jugadora que hemos obtenido en nuestro estudio en el rango de edad de entre 18 y 25 años. Tradicionalmente la mujer se ha introducido en el juego a una edad más tardía que el hombre. Por tanto, deberemos prestar en adelante atención a este grupo de edad en nuestros tratamientos.

* Otras características que han resultado llamativas en nuestro estudio es que no existen mujeres en tratamiento por trastorno por juego (o juego patológico) en **edades superiores a 60 años**, a pesar de que la esperanza de vida es mayor en la mujer. Aspecto importante a tener en cuenta en la intervención futura, que nos debe llevar a plantearnos cómo pueden llegar mejor las campañas de prevención e información sobre nuestros tratamientos a este grupo de población.



» LOS JÓVENES

Otro grupo importante de riesgo que detectamos en la totalidad de las asociaciones que integran FEJAR es el de jóvenes. La edad legal de inicio de consumo de juego de azar en nuestro país son los 18 años. Y según resultados de nuestro estudio, ya el 11,2% de los jugadores en tratamiento pertenecen al rango de edad entre los 18 y 25. La cifra de jóvenes podría incrementarse aún más si nuestro estudio hubiese incluido el juego en menores, puesto que existen menores que al margen de la legalidad, juegan (de igual modo que acceden a consumo de alcohol y/u otras drogas).

Esta realidad nos hace cuestionarnos cómo abordar el tratamiento del trastorno por juego en personas de esta franja de edad, puesto que este grupo también da un carácter de heterogeneidad a los grupos tradicionales de autoayuda. Además presenta también otras características o trastornos comórbidos que pueden dificultar el éxito del tratamiento:

- * **Elevada impulsividad** (factor que posibilita que la progresión de la adicción haya sido muy rápida).
- * Posibilidad de que se hayan iniciado en el juego antes de cumplir la edad legal, lo que puede ser indicativo de la existencia de un **trastorno de conducta** previo.
- * Consumo y/o dependencia del **alcohol**. El alcohol es un clásico desinhibidor de la conducta, la capacidad de controlar sus impulsos que tiene la persona disminuye significativamente bajo los efectos del alcohol. Además, en el caso de los jóvenes, limitan su consumo de alcohol a 2-3 días semanales coincidentes con el fin de semana, pero cuando beben lo hacen en grandes cantidades (mediante el fenómeno conocido como botellón o *binge drinking*). Por tanto, en el abordaje de tratamiento de juego patológico, el consumo de alcohol deberá ser un aspecto muy tenido en cuenta en la prevención de recaídas en el juego.

En este sentido, existe una tendencia hacia la cultura de ocio en jóvenes consistente en el “pack”: deporte + apuesta + alcohol. A menudo, los salones de juegos se acaban convirtiendo en lugares habituales de “reunión”. En estos lugares o “puntos de encuentro” los jóvenes perciben que pueden aumentar la cuantía de su dinero disponible con una pequeñísima apuesta inicial. Además lo viven como una forma de comunicarse y discrepar sobre determinados resultados deportivos. El problema es cuando estos jóvenes no son capaces de “apostar y parar” independientemente del resultado obtenido.

- * Consumo de **otras drogas**. El consumo de otras drogas no parece ser un factor de riesgo entre nuestros jugadores patológicos mayor que en la población general según nuestro estudio, si bien los casos existentes deben ser tenidos en cuenta porque el tratamiento y pronóstico se dificultan en los casos de varias dependencias.
- * Consumo de **bebidas energéticas**. Un factor detectado desde el trabajo en las asociaciones es el elevado consumo de bebidas energéticas entre la población joven. Habría que valorar si la función que cumple en esta población el consumo de dichas bebidas es la misma que cuando se asocia a estar “de fiesta”, es decir, si permite “aguantar más” en los episodios de juego.

- * **TDAH** (Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad).

Cada vez son más numerosos los estudios que confirman la comorbilidad de TDAH con otras adicciones, tanto a sustancias como a juego, tal y como ya hemos expuesto más arriba. De hecho, el juego u otras conductas adictivas conlleva para las personas con TDAH un escape o evasión a su necesidad de calmar la inquietud motriz o impulsividad cognitiva. Las personas con TDAH son mayoritariamente varones (proporción 3:1 según algunos estudios, según DSM-V: 2:1), y presentan en su vida en general dificultades para centrar la atención y a menudo llevan asociado un patrón de hiperactividad y/o impulsividad. Necesitan estímulos nuevos constantemente, resultando difícil mantener su atención en otros tipos de actividades más pasivas. Por eso, los pacientes afectados por TDAH se sienten especialmente atraídos por los videojuegos, al ofrecer cambios rápidos de imágenes, movimiento, color... Tanto los videojuegos como cualquier actividad a través de pantallas tienen la capacidad de captar su atención con mayor facilidad, lo que les hace sentirse cómodos en este tipo de actividades, presentando vulnerabilidad para un uso abusivo de las nuevas tecnologías, videojuegos, etc.

El 11,2% de los jugadores en tratamiento pertenecen al rango de edad entre los 18 y 25.



En esta línea, los juegos de apuestas con resultados rápidos consiguen atraer su atención de forma importante, resultándoles especialmente atractivos. Si además estas personas son “buscadoras de sensaciones”, la gratificación inmediata que les proporcionan esos pocos segundos o minutos hasta la obtención del resultado de juego (ruleta, póker, tragaperras, juego online), la conducta de juego tenderá a cronificarse, acabando en muchos casos en trastorno por juego.

Sin olvidar la posibilidad de multi-morbilidad, ya que las personas con TDAH, como ya hemos expuesto, son personas de mayor riesgo que la población general de desarrollar otras dependencias o conductas compulsivas (especialmente a sustancias, pero también compras, deporte).

El reto que debemos plantearnos desde el trabajo de las asociaciones es identificar precozmente la posible existencia de un TDAH en el jugador que llega a tratamiento, muchas veces estos sujetos llegan a las asociaciones como adultos que nunca fueron diagnosticados previamente de este trastorno. Una vez obtengamos la confirmación y diagnóstico, deberemos tener en cuenta la vulnerabilidad de estos pacientes para sufrir recaídas, por lo que además de la terapia de grupo deberíamos ofrecer una intervención individualizada añadida, donde se puedan abordar problemáticas derivadas del trastorno comórbido.

* Los jóvenes especialmente en la franja de 18 a 25 años muy frecuentemente no disponen de **recursos propios** con los que jugar, la mayoría se encuentran sin trabajo o realizando sus correspondientes estudios. Lo que significa que recurren a recursos que no son propios (habitualmente los parentales), desconociendo la trascendencia de las consecuencias del juego en la economía familiar. En general en este grupo de población existe una tendencia a ver las apuestas como una posible y probable fuente de ingresos sin tener que recurrir a pedir dinero a los progenitores.

* **Control del uso de Internet.** Desde las asociaciones planteamos la recomendación de instalar en los dispositivos que use el joven con trastorno por juego programas de control parental, poniendo limitaciones en páginas de juego online así como otros tipos de juegos. Limitar el acceso absoluto a Internet podría conllevar otros efectos iatrogénicos para el jugador, como el abandono del tratamiento o excluirle de otras formas de comunicación social tan presentes en la sociedad joven actual (whatsapp, Facebook, correo electrónico, etc.), así como del uso de esta herramienta tan útil en el área de estudio o trabajo.

* Así mismo detectamos la necesidad de generar **grupos de terapia más homogéneos** y específicos para jóvenes, para que la terapia grupal sea un espacio donde todos los jóvenes con trastorno por juego puedan verse identificados y de esta forma conseguir el objetivo de dichas terapias: la autoayuda y ayuda mutua. Cuando el volumen de sujetos no sea el suficiente para crear dicho grupo, proponemos bien realizar el tratamiento del joven de forma individualizada (sobre todo si es especialmente joven) y/o compatibilizar terapia de grupo con seguimiento más personalizado realizado por profesionales.

* Otro hándicap que coinciden en detectar los profesionales de las asociaciones de FEJAR es la **sobreprotección** ejercida por los progenitores, especialmente las madres, en el caso de ludópatas jóvenes. Esta co-dependencia al no poner los límites o aplicar las pautas íntegramente en la rehabilitación (por ej.: asumir las deudas generadas por los hijos) lleva a perpetuar la conducta del dependiente, dificultando por tanto dicha rehabilitación. Por tanto, y dado que la tendencia es hacia el incremento del número de jugadores cada vez más jóvenes, vemos la necesidad de abordar este aspecto interviniendo al menos a nivel psicoeducativo con los acompañantes de los jugadores jóvenes.

* Con respecto a **otras adicciones** o conductas compulsivas vamos a encontrar muy asociado al juego el exceso en el uso de nuevas tecnologías. Consideramos de gran importancia conocer el tipo de uso de nuevas tecnologías que hace un jugador en rehabilitación. Y no sólo en el momento de iniciar la rehabilitación, sino durante el tratamiento. Especial signo de alarma tiene que resultar el que durante el tratamiento de rehabilitación de juego, el tiempo diario dedicado a Internet o las nuevas tecnologías se dispare o incremente significativa o exponencialmente.



TERCERA EDAD

La esperanza de vida se ha incrementado significativamente en los últimos años. De hecho, en 2009 la esperanza media de vida en España era de 40 años más que 100 años antes. En la actualidad la esperanza media de vida es de 82,4 años según resultados del INE (Instituto Nacional de Estadística) (2015), y la tendencia es a que siga aumentando. Es decir, la población española cada vez estará más envejecida y además los mayores se harán más mayores. Este hecho trae asociadas nuevas realidades y problemáticas asociadas que debemos afrontar. En el caso que nos ocupa, trastorno por juego (o juego patológico) y comorbilidad, en el estudio que realizó FEJAR en colaboración con la Universidad de Deusto con una muestra de 401 sujetos, tan sólo el 3% de personas en tratamiento por trastorno por juego superaban la edad de 60 años. Y, a pesar de tener la mujer una esperanza de vida ligeramente superior al hombre, en este 3% no se encontraba ninguna fémina. Este hecho nos lleva a plantearnos la cuestión: ¿realmente no existe la mujer con trastorno por juego en ese grupo de edad? Lamentablemente, no es así, el problema es que, si en otro rango de edades ya es difícil que la mujer llegue a pedir ayuda a las asociaciones, a partir de los 60 años puede hacerse más complicado. Por tanto, y como ya hemos expuesto anteriormente, uno de los retos en intervención que debemos plantearnos es cómo llegar a este colectivo.

Si bien el juego online parece tener más éxito entre la población joven, no debemos subestimar que hay personas mayores que no sólo dominan las nuevas tecnologías, sino que además son usuarios y hacen un uso abusivo de juego online.

Cuestiones de género aparte, los jugadores mayores de 60 años en tratamiento según resultado de nuestro estudio resultan el 3%. También debemos plantearnos que en el caso de varones esté igualmente infrarrepresentado el número de personas que llegan a pedir ayuda por este problema. De hecho, existe constancia (tanto a través de estudios como de la práctica clínica) de que personas afectadas por enfermedad de Parkinson (enfermedad neurodegenerativa que afecta especialmente a mayores) presentan un alto índice de trastorno por juego, muy superior a la media poblacional. Y la explicación parece estar en los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos del Parkinson, consistentes en agonistas dopaminérgicos. Dichos fármacos incrementan el problema del control de los impulsos. En este caso el trastorno primario sería el Parkinson, pero como efecto colateral se desarrolla un trastorno comórbido por juego. Como puede resultar poco funcional retirar la medicación a este tipo de pacientes, se hace especialmente importante detectar los casos de forma precoz y conseguir que acudan a las asociaciones. Una vez allí el tratamiento debería ser personalizado con ellos, con la intervención de los profesionales pertinentes y en la medida de lo posible realizar un trabajo multi e interprofesional.

Además, en los casos de pacientes comórbidos de Parkinson y trastorno por juego asociado, se detecta también hipersexualidad, así como un número mayor de recaídas en el proceso de rehabilitación. Aspectos ambos que deberán tenerse en cuenta a nivel individual en el tratamiento rehabilitador de estos pacientes.

► COMORBILIDAD: JUEGO PATOLÓGICO Y OTRAS ADICCIONES

► TABACO

En el estudio realizado por FEJAR, en colaboración con la Universidad de Deusto, con una muestra de 401 sujetos, obtenemos que el 58,1% de los jugadores patológicos fuma diariamente, frente al 29% de españoles que fuman en la población general (según datos de la Encuesta Nacional de Salud, 2016). Es decir, que en el caso de los afectados por trastorno por juego, el porcentaje de dependientes de la nicotina se duplica. Desglosado por sexos, el porcentaje de mujeres jugadoras que fuman a diario aún es superior al del hombre (62,5% frente al 59,4%). La teoría de la automedicación podría explicar este fenómeno.

► ALCOHOL

Según nuestro estudio, el 26,9% de los jugadores beben alcohol a diario o pocas veces a la semana. El alcoholismo o dependencia del alcohol tradicionalmente ha sido quizás el principal trastorno comórbido con el trastorno por juego. El origen o trastorno primario es indistinto, pudiendo ser uno u otro. En la era pre-juego online, el consumo de alcohol estaba muy unido al juego presencial, es decir, cuando las apuestas se realizan en establecimientos públicos que ofrecen el resultado del juego inmediato: bares (máquinas tragaperras), salones de juego, bingos, casinos. En estos casos, la ingesta de alcohol se ve incrementada en la medida que se aumenta el tiempo dedicado al episodio de juego.

Según el testimonio de los propios jugadores, en muchas ocasiones consumir determinadas unidades de bebida era algo secundario y cuya función principal únicamente era mantenerse en el lugar de juego, más que por una necesidad real de beber. De hecho, estos jugadores llegan a afirmar que ni siquiera bebían las consumiciones alcohólicas que pedían, absortos como estaban en el episodio de juego. Sin embargo, en otras ocasiones sí existe la necesidad de beber, y en estos casos nuevamente tendría cabida el plantearnos la hipótesis de la automedicación. El consumo de alcohol (sobre todo previo al episodio de juego), con mucha frecuencia resulta un desencadenante del inicio de episodios de juego (o de recaídas en el caso de estar en proceso de rehabilitación), de la misma manera que ocurre con la asociación entre alcohol y consumo de cocaína. Según nuestro estudio, el alcohol consumido “a diario” o “pocas veces a la semana” es mucho más frecuente entre varones que entre mujeres (29,9% frente al 7,7% respectivamente).

► TRANQUILIZANTES

En nuestro estudio, el 12,5% de la muestra consumen estas sustancias “a diario”. Este resultado no difiere de forma significativa del de la población general. Según datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas, “entre 2005 y 2011, se ha duplicado el porcentaje de población de entre 15 y 64 años que reconoce haberlos tomado en los últimos 12 meses, hasta alcanzar un 11,4%”. Cabe destacar la diferencia de consumo en cuanto a género en el caso de afectados por trastorno por juego (12,28% en varones frente al 32,1% en mujeres).

► MARIHUANA Y HACHÍS

En ambos tipos de sustancias encontramos en nuestro estudio que consumen diariamente el 2% de los afectados por trastorno por juego, y 1% pocas veces a la semana. No existe consumo en la mujer.

► COCAÍNA

Según nuestro estudio, el 0,2% de afectados por trastorno por juego consumen diariamente esta droga, y 1% lo hacen varias veces a la semana. Tampoco en este caso se confirma consumo en la mujer.



› LSD Y ÉXTASIS

El 0,2% refieren consumir 1 ó 2 veces al mes. No hay ningún caso de consumo en mujer.

› SPEED

El 2% de los encuestados refieren consumir entre una y cinco veces al mes. No hay ningún caso de consumo en mujeres.

En los casos de jugadores con comorbilidad o adicciones a sustancias (tabaco, alcohol, drogas), resulta frecuente que durante el proceso de rehabilitación del juego patológico decidan, por iniciativa propia, dejar su/s otra/s adicción/es.

› OTRAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

En relación a otras conductas compulsivas, de nuestro estudio se desprende que: el 11,5% de los afectados por trastorno por juego en tratamiento tienen, además, problemas para controlar el impulso de conectarse a Internet o ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado. Así mismo, el 7,2% refiere haber intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con su videoconsola o su ordenador.

El dato más preocupante lo ofrece el 52,9% de encuestados que reconocen presentar problemas para controlar su dinero y reducir los gastos innecesarios. No obstante habría que clarificar si la percepción que tienen de no estar controlando su dinero incluye el dinero gastado en juego.

» RETOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR JUEGO COMÓRBIDO CON OTRA/S ADICCIÓN/ES

Este es un aspecto de crucial importancia en el abordaje de la rehabilitación del trastorno por juego. Existen, como hemos comentado, características de la persona como la impulsividad, la baja autoestima, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, neurobiológicos, etc., que predisponen a la persona a desarrollar una o varias adicciones a lo largo de su vida. Pero pueden darse varios supuestos:

- a) Que el jugador nunca haya padecido otras adicciones y llegue a la asociación con sólo una conducta adictiva: el juego.
- b) Que el jugador ya haya padecido en el pasado otra/s dependencia/s, que hayan sido superadas y que ahora solicite ayuda para rehabilitarse de su trastorno por juego.
- c) Que el jugador solicite ayuda para dejar el juego pero presente dependencia por otra/s conducta/s con o sin sustancia (quizás sólo solicita ayuda para dejar el juego porque tenga la percepción o creencia de que es el juego el que mayores problemas le está generando en su vida (especialmente económicos).
- d) Que el jugador, durante o posterior a su tratamiento por el trastorno por juego desarrolle alguna otra conducta compulsiva o adictiva.

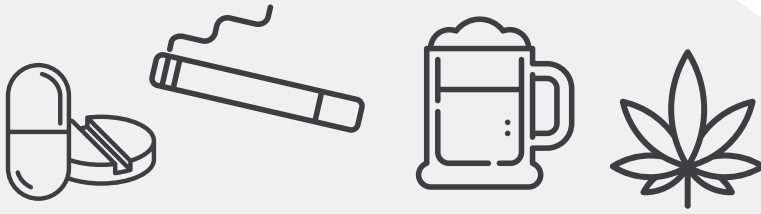
Por tanto, como reto en el tratamiento del trastorno por juego o juego patológico), debemos tener muy presente toda esta información del jugador, y mostrar desde las asociaciones de jugadores la flexibilidad necesaria para entender y aceptar que con relativa frecuencia los jugadores que llegan pidiendo ayuda para dejar el juego no llegan con un trastorno por juego puro y exclusivo. A menudo las adicciones se presentan simultáneamente en la persona o bien cuando se trabaja sobre una se desarrollan otras.

La propuesta que hacemos desde FEJAR es:

Añadir a la “ENTREVISTA CLÍNICA FEJAR” (entrevista estructurada que FEJAR dispone para que todos los psicólogos de las asociaciones integrantes la utilicen con sus enfermos) un nuevo apartado a los que ya existentes (I. Datos Personales; II Historia de Juego; III Análisis Funcional; IV Entrevista Personal; V Historia de Vida): El nuevo Apartado, que podría ser el “VI Otras adicciones o conductas compulsivas”, debería recoger los siguientes datos del jugador:

A_

CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS (TABACO/ALCOHOL/OTRAS DROGAS).



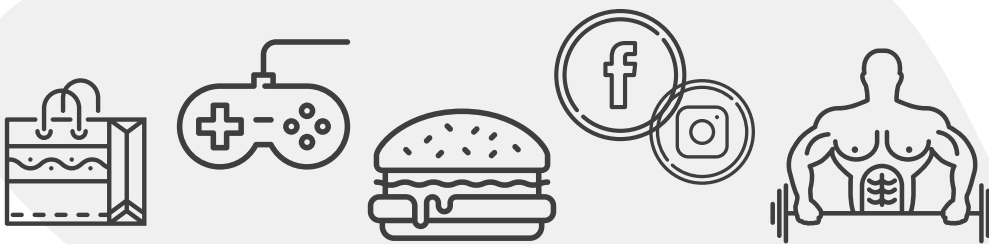
DEPENDENCIA

USO
ABUSIVO

B_

ADICCIONES O CONDUCTAS ADICTIVAS SIN SUSTANCIA

(COMPRAS, DEPORTE, DEPENDENCIA EMOCIONAL, INTERNET/REDES SOCIALES, TV, VIDEOJUEGOS, SEXO, COMIDA COMPULSIVA, TRABAJO, ETC.).



DEPENDENCIA

USO
ABUSIVO

Obtener unos adecuados antecedentes tanto familiares como personales de adicciones supone un esfuerzo e inversión mínimos y puede resultar vital para conseguir un buen pronóstico en la rehabilitación.

A partir de la información obtenida por esta parte de la entrevista estructurada de FEJAR, el abordaje de tratamiento debería tener matices individuales, especialmente para aquellos jugadores que, en el momento de iniciar su rehabilitación, presentan otras conductas o consumos de riesgo. En estos casos, y aunque el tratamiento de elección y de base sea la terapia de grupo, debería hacerse un seguimiento personalizado y profesional que permita tener bajo control terapéutico el resto de conductas potencialmente adictivas en el jugador.

Así mismo, y para evitar casos de dependencias cruzadas o que una vez que el jugador está integrado en un proceso de rehabilitación del juego patológico, surjan como nuevas vías de escape patológicas otras conductas o consumos, recomendamos aplicar o repetir, por protocolo, la parte de entrevista estructurada “VI Otras adicciones o conductas compulsivas” de forma periódica (por ejemplo, cada 3 ó 6 meses).

Incluso sería ideal poder repetir esta exploración durante el periodo de seguimiento del jugador.

El reto que nos planteamos en el momento actual, una vez establecido el consenso entre todos los profesionales de las distintas asociaciones integrantes en FEJAR respecto a la necesidad de conocer todas las dependencias y/o conductas adictivas de riesgo para cada jugador, es: ¿dónde establecemos los límites para cada conducta? Ya es un gran avance partir en el tratamiento con un adecuado diagnóstico de partida, pero... ¿cómo abordamos el tratamiento en estos casos?

El **ALCOHOL** es un poderoso desinhibidor social y conductual. Es la sustancia más consumida entre afectados por trastorno por juego después del tabaco. Un gran número de recaídas tanto en tratamientos de abstinencia de la cocaína como del juego ocurren tras episodios de ingesta de alcohol. Según nuestro estudio, en varones, el 29,9% beben alcohol diariamente o pocas veces a la semana. Por tanto, este porcentaje de jugadores puede ver incrementado significativamente el riesgo de recaídas, especialmente en episodios de juego presencial (bingos, casinos, bares). No consideramos que se deba pautar por sistema una abstinencia del alcohol en todo jugador en tratamiento, pero sí detectamos la necesidad de pautar un consumo o uso controlado en este grupo de jugadores, e incluso la abstinencia en los casos en que se cumplan criterios de trastorno por consumo de alcohol (de lo contrario, no sólo se puede precipitar una recaída en el juego, sino que incluso puede verse incrementado el consumo de alcohol como sustitutivo del juego).

Como ya expusimos más arriba, el 58,1% de los afectados por trastorno por juego o jugadores patológicos de nuestro estudio fuma diariamente, frente al 29% de la población general. En el caso del **TABACO**, su consumo no precipita el juego como en el caso del alcohol, más bien al contrario, es al incrementarse los niveles de ansiedad durante las pérdidas en el juego, cuando se incrementa paralelamente el consumo de tabaco. Esta sustancia es muy utilizada como “ansiolítico” o calmante de ansiedad para la mayoría de los fumadores. En consecuencia, cuando los jugadores abandonan la conducta de juego y una vez han reconocido su problema ante sus familiares de apoyo, tienden a disminuir su consumo. Incluso, suele ser habitual que los propios jugadores pasada la etapa de deshabitación del juego sean ellos mismos quienes se propongan dejar de fumar. Habitualmente solemos recomendar la abstinencia del tabaco pasado el periodo de deshabitación del juego, y no antes.

En el caso de consumo de **TRANQUILIZANTES** en afectados por trastorno por juego, no obtenemos un porcentaje de consumo superior a la media de la población general. Sin embargo en nuestro estudio el porcentaje de mujeres que toman tranquilizantes supera significativamente al de hombres, siendo casi el triple en las primeras. Podría resultar de gran utilidad investigar sobre esta cuestión (ya que una limitación importante en nuestro estudio es la baja representatividad femenina para poder extrapolar resultados concluyentes). Como ya hemos explicado más arriba, en el caso de la mujer los trastornos afectivos suelen preceder a la ludopatía o trastorno por juego (al igual que con el alcohol), por lo que podemos plantearnos la hipótesis de si el consumo de tranquilizantes podría ser un factor predictor para el trastorno por juego u otras adicciones.

OTRAS SUSTANCIAS. Con respecto al resto de sustancias, no existe consumo o adicción paralela con el trastorno por juego en la mujer. En el caso del varón sí se dan casos de consumo o dependencia simultáneos. Si bien no se trata de porcentajes elevados, los casos existentes de consumo y/o abuso deben ser tenidos en cuenta para evitar incrementos en su consumo en el momento de la rehabilitación del trastorno por juego. Al igual que en el caso del alcohol, en los casos en que se confirme adicción a una sustancia o que su consumo genere problemas en el jugador, la premisa debería ser también de abstinencia de dicha/s sustancia/s.

▶ OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

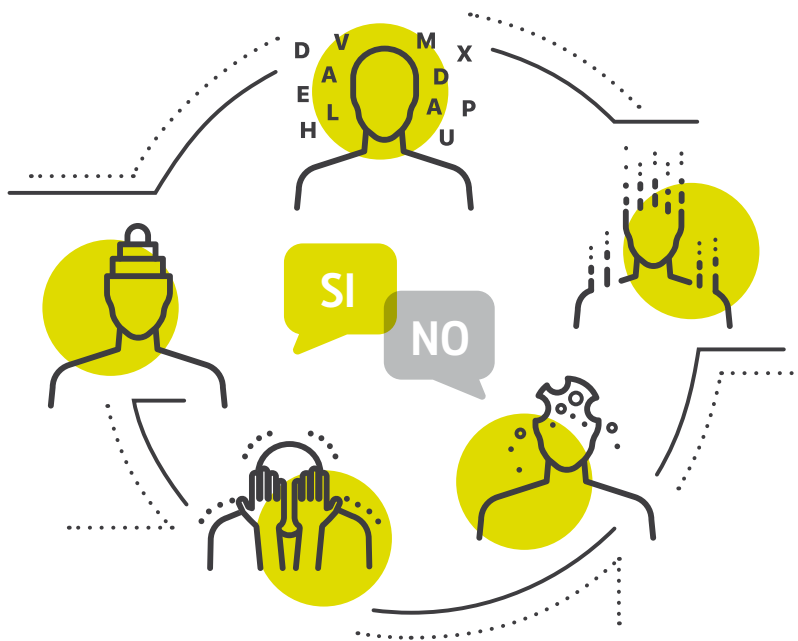
* De nuestro estudio se desprende que un 11,5% de los afectados por trastorno por juego tienen problemas para reducir el tiempo que pasan conectados a Internet. Estos casos requerirían atención especial y personalizada, por dos razones: por un lado, existe riesgo de abuso con las consecuencias que ello puede generar en su vida cotidiana; por otro, el abuso o dependencia de Internet puede ser un factor de riesgo para las apuestas online. Si bien existe el registro de autoprohibidos del Ministerio de Hacienda, ésta es una cuestión que requerirá atención y vías de solución en un futuro inmediato, ya que en los casos de juego online según normativa vigente, cuando un jugador quiere saltarse su propia autoprohibición, lo hace sin problemas, cambiando su identidad; los sistemas a día de hoy no pueden reconocer quién está utilizando los datos. Para mayor indefensión del jugador, el afectado por trastorno por juego puede jugar con otra identidad, es decir, puede endeudarse, pero no consigue cobrar premios, cuando se da el caso (al no coincidir el nº de cuenta de reintegro del dinero con la identidad proporcionada). Consideramos que no se debe cargar toda la responsabilidad de estos hechos al afectado por trastorno por juego porque se trata de personas enfermas, que en el momento en que realizan estas conductas no son capaces de frenar el impulso para jugar, y para ello utilizan cualquier vía; de hecho, uno de los criterios para el diagnóstico de trastorno por juego en el DSM-V es: “Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito”.

* Del resto de conductas potencialmente adictivas (sexo, trabajo, deporte, comida compulsiva, etc.) deberíamos, en aquellos afectados de trastorno por juego que se han detectado en la entrevista inicial como personas de riesgo, ofrecer apoyo educativo para que el jugador pueda tomar conciencia, y en los casos en que dichas conductas generen problemas en su vida cotidiana, intervenir o derivar a las unidades de tratamiento pertinentes. Especial dificultad en la intervención presentan las adicciones al sexo y/o la comida compulsiva, ya que estos casos exigen un nivel de autocontrol importante, que el/la afectado/a en muchos casos sólo consiguen con un gran esfuerzo.

▶ TRASTORNO POR JUEGO Y TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Otro aspecto, quizás tan importante o más que la comorbilidad con otras dependencias, es la impulsividad del jugador. El doctor y miembro de honor de FEJAR, Blas Bombín, hace más de una década ya incidió en abordar la impulsividad en el jugador patológico. A partir de sus aportaciones, en la asociación APAL creamos hace diez años un programa de tratamiento de la impulsividad en jugadores patológicos que se sigue aplicando en la actualidad con mejoras continuas, obteniéndose mejoría significativa en el nivel de impulsividad de los participantes que inician y terminan el programa. Consiste en un número cerrado de sesiones. El criterio de inclusión para participar en este programa son los cuestionarios de impulsividad BIS-11 y Plutchik, ofreciendo el tratamiento simultáneo de la impulsividad de forma específica a los jugadores que superan el punto de corte en estos cuestionarios. En este programa se abordan aspectos como la identificación de distorsiones cognitivas, pensamiento mágico, habilidades sociales, estilos de comunicación, planificación y organización, etc.

Dada la efectividad que ha demostrado la aplicación de este programa, proponemos la generalización de su aplicación a todas las asociaciones integrantes en FEJAR.



► RETOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR JUEGO COMÓRBIDO CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los trastornos psicóticos coexisten con frecuencia con trastorno por juego (y otras conductas adictivas: sustancias, sexo). Así mismo, en algunas asociaciones se han descrito posibles casos de juego patológico como efecto secundario a fármacos antipsicóticos como el aripiprazol. Los psicólogos de las asociaciones deberán valorar si existe sintomatología psicótica (pensamiento delirante, alucinaciones) y en caso afirmativo deberá excluirse de la terapia de grupo de la asociación. Las asociaciones que tengan profesionales en sus centros podrán ofrecer ayuda a estos enfermos de forma individualizada, si bien el abordaje adecuado debería ser multidisciplinar, manteniendo contacto con los especialistas que trabajen con estos enfermos.

Pero puede ocurrir que el jugador patológico acuda a la asociación (bien de forma voluntaria, bien solicitando la ayuda un familiar) con síntomas psicóticos activos sin que exista diagnóstico y/o tratamiento previo, y en ese caso la prioridad es normalizar el contenido y curso del pensamiento de la persona, por lo que deberá derivarse al servicio de salud mental correspondiente y, una vez estabilizados los síntomas psicóticos, se podrá trabajar en la rehabilitación de la adicción al juego.

Los pacientes psicóticos se caracterizan por tener escasa o a veces nula conciencia de enfermedad, por lo que presentan escasa adherencia a los tratamientos antipsicóticos. Esta característica no sólo hace que el pronóstico en la rehabilitación sea poco favorable, sino que el poder introducirle o mantenerle en una terapia de grupo resulta complicado, incluso pueden generarse problemas entre los integrantes del grupo. Por tanto, en escasas ocasiones estos pacientes pueden ser incluidos con normalidad en los grupos de terapia, si bien existen, obviamente, excepciones (por ej: paciente esquizofrénico con perfecta conciencia de enfermedad y correcta adherencia a su tratamiento).

▶ TRASTORNO POR JUEGO Y PARKINSON

Es desde hace años conocido que un porcentaje significativo de pacientes con Parkinson desarrollan trastorno por juego al desarrollarse un problema en el control de los impulsos como efecto secundario al tratamiento con agonistas dopaminérgicos. El planteamiento en estos casos es ofrecer apoyo individualizado añadido a la terapia grupal, sin olvidar el abordaje multidisciplinar y el trabajo en colaboración con el centro correspondiente donde se le trata por el problema neurológico.

▶ RETOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR JUEGO COMÓRBIDO CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La persona que padece un trastorno de la personalidad convive con un patrón permanente de experiencia interna y de conducta que se aparta considerablemente de las expectativas de la cultura del sujeto. En el caso de coexistir, además, un trastorno por juego, el proceso de rehabilitación del mismo resultará más complejo, al interferir en el día a día este patrón cognitivo y conductual patológico. Las diferentes características de los trastornos de la personalidad presentes en los jugadores, pueden dificultar la adecuada adherencia al tratamiento, generando a menudo desconcierto entre los demás miembros de la terapia de grupo.

Concretamente, los trastornos de la personalidad que con mayor frecuencia se encuentran asociados a los jugadores son los pertenecientes al “cluster” o grupo B:

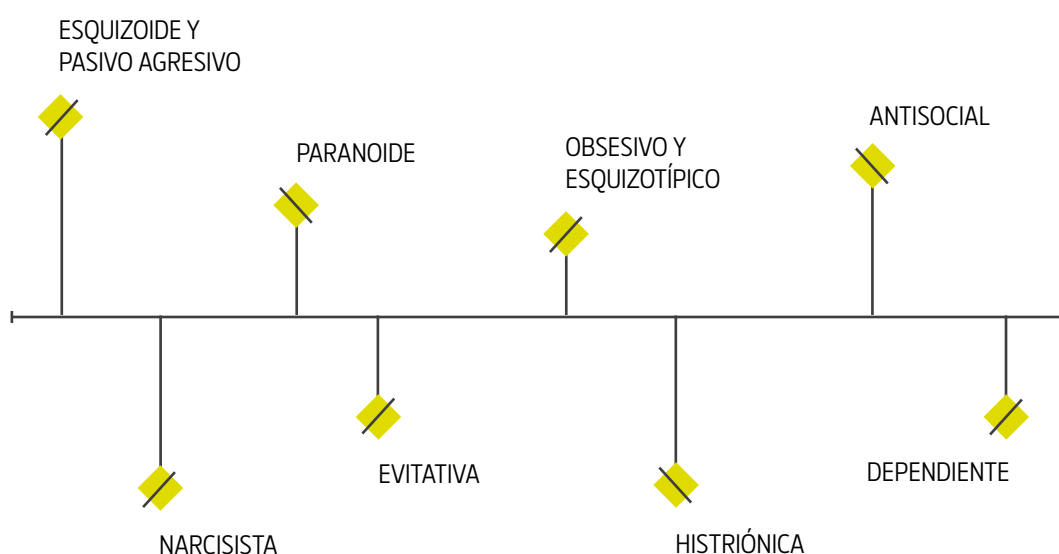
* **Trastorno antisocial de la personalidad.** Caracterizado por dificultad de la persona para adaptarse a normas sociales; deshonestidad, mentiras, impulsividad, irritabilidad y agresividad, falta de empatía y de capacidad de sentir culpa. En estos casos la capacidad de elaborar y defender sus mentiras en los procesos de recaída puede no tener límites, dificultándose mucho la rehabilitación y generando importante desgaste de energía y emocional en el familiar acompañante. El riesgo de recaídas o abandono del tratamiento es considerable, especialmente porque este tipo de jugadores raramente inician tratamiento de rehabilitación por voluntad propia y con convencimiento.

* **Trastorno límite de la personalidad.** Caracterizado por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, importante impulsividad (en al menos dos áreas), intentos o amenazas suicidas. En estos casos, por tanto, la combinación de importante inestabilidad emocional con impulsividad generan a veces situaciones críticas: riesgo o amenazas autolíticas, riesgo de abandono del tratamiento ante cualquier contrariedad, etc., resultando el riesgo de recaídas importante.

* **Trastorno histriónico de la personalidad.** Caracterizado por un patrón de excesiva emotividad y búsqueda de atención, expresión emocional superficial y rápidamente cambiante, forma de hablar excesivamente subjetiva, dramatización y teatralidad, sugestionabilidad. Los jugadores con este trastorno fácilmente pueden acaparar la atención de la terapia de grupo, desviando el objetivo a tratar hacia sus propios intereses.

* **Trastorno narcisista de la personalidad.** Caracterizado por un patrón de grandiosidad (en la imaginación o el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, pretencioso, interpersonalmente explotador, comportamientos arrogantes. Este tipo de jugadores en la terapia de grupo pueden alterar y dificultar significativamente la dinámica del grupo.

Dada la peculiaridad de todos estos tipos de personalidad, y las consecuencias que se pueden desencadenar tanto en el propio jugador como con el resto de integrantes del grupo, planteamos que este tipo de pacientes deben ser rápidamente identificados; en consecuencia, ser derivados a los psicólogos o técnicos de su respectiva asociación para que éstos puedan detectar los problemas que se puedan estar gestando en las terapias de grupo, así como para abordar individualmente los problemas que le genera su propia personalidad en el avance terapéutico del otro trastorno: el de juego.



▶ TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNO POR JUEGO

El **TOC** (Trastorno obsesivo-compulsivo) se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados) y compulsiones (conductas repetitivas que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que debe aplicar rígidamente). En los casos de afectados por trastorno por juego, el patrón personal de obsesiones y compulsiones dificultará el autocontrol de la conducta de juego (ya que la frecuencia e intensidad del pensamiento relacionado con ir a jugar y la compulsión a hacerlo son mayores que en un adicto al juego sin TOC). Consideramos que este tipo de pacientes también deben ser detectados en las asociaciones para poder derivar, en caso necesario, a la unidad de tratamiento correspondiente, y valorar la posibilidad de recibir tratamiento simultáneo y multidisciplinar para ambas patologías.

FINANCIADO POR:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
DE LA PLATA (PROVINCIA DE CÁDIZ)



fejar@fejar.org
www.fejar.org
900 200 225